



**Universidade Nova de Lisboa**

**Caracterização das expectativas dos pais face à  
fisioterapia respiratória infantil**

**Maria da Graça Lucena**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM  
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO – SAÚDE INTERNACIONAL**

**ABRIL 2012**



# **Universidade Nova de Lisboa**

## **Caracterização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil**

**Maria da Graça Lucena**

### **DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO – SAÚDE INTERNACIONAL**

Orientador: Professor Doutor Jorge Cabral

Co-Orientadora: Professora Doutora Isabel Craveiro

**ABRIL 2012**

Nota: A redacção deste trabalho realizou-se segundo normas anteriores ao novo acordo ortográfico, dado que à data do seu início este ainda não tinha sido implementado.

*Dedico este trabalho*  
*às crianças com problemas respiratórios*  
*e aos seus pais*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de forma geral à minha família, pela sua paciência, motivação e ajudas práticas. Um especial agradecimento à minha mãe que foi para mim um exemplo de força e perseverança.

Agradeço ao professor Jorge Cabral o papel determinante na escolha deste tema, a aprendizagem, o apoio nas minhas incertezas, o voto de confiança e o estímulo para ir mais longe.

Agradeço à professora Isabel Craveiro a força impulsionadora que trouxe ao desenrolar da dissertação, o conhecimento que adquiri sobre esta nova técnica “*grupos focais*”, e a sua orientação metodológica sempre com perspicácia e objectividade.

Agradeço a todos os pais que colaboraram neste estudo pela sua disponibilidade e forma espontânea, interessada e interactiva com que interviriam no grupo focal.

Agradeço aos meus amigos sem fazer referências que, de uma ou outra forma, deram o seu contributo para que o trabalho chegasse até aqui e, pelas variadas vezes que flexibilizaram as suas vidas para incluir a minha presença.

Agradeço à equipa da biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, pela colaboração na recolha de literatura e, em especial à Dra. Isabel Andrade pelas orientações relativas à elaboração da bibliografia.

Agradeço aos meus colegas de trabalho que no dia-a-dia constituíram uma fonte de estímulo.

Um obrigado especial aos fisioterapeutas Sandra Crespo e Vitor Lourenço, pela sua colaboração no recrutamento de participantes provenientes do meio hospitalar, e pela partilha de informação.

## RESUMO

### CARACTERIZAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DOS PAIS FACE À FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA INFANTIL

MARIA DA GRAÇA LUCENA

A incidência das doenças respiratórias infantis é elevada a nível mundial, sendo a principal causa de mortalidade no mundo. Resultados apresentados no Congresso Nacional de Pediatria, em 2008 revelaram que 83% dos internamentos tinham como diagnóstico bronquiolite. (Gonzaga *et al.*, 2006 e Rodrigues *et al.*, 2008). Estas doenças representam uma carga significativa, não só em termos de custos a nível dos sistemas de saúde, mas também em termos de perda de produtividade por parte dos pais e, alteração da vida familiar.

O recurso à fisioterapia respiratória infantil, tem vindo a ser crescente devido à sua reconhecida efectividade. E, ainda que a literatura valorize a expectativa como factor influente nos resultados clínicos da fisioterapia e na satisfação global do utente, não foram encontrados estudos referentes à categorização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil.

Assim, assumiu-se como principal objectivo caracterizar as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil.

Como não se encontraram quaisquer estudos nesta área, optou-se por realizar um estudo qualitativo, de carácter descritivo, exploratório e retrospectivo para identificação das expectativas percebidas pelos pais antes e após o tratamento de fisioterapia respiratória infantil e, como são construídas.

Utilizou-se como referencial teórico modelo de *expectativas* de Thompson e Sunol (1995) cit. por Bialosky *et al.*, (2010) que classifica as expectativas em 4 categorias: preditivas, idealizadas, normativas e vagas ou sem uma ideia pré-concebida. A técnica principal de recolha de dados foi o grupo focal.

Os participantes deste estudo são mãe ou pai (apenas um dos pais) de crianças que tenham tido pelo menos um episódio de patologia respiratória aguda e, que recorreram à fisioterapia, em regime hospitalar (com e sem internamento), ambulatorio com e sem acordo com o SNS e domiciliário, num total de 18. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um guião de entrevista. As discussões foram conduzidas, transcritas e analisadas pelo investigador. Os procedimentos para a análise dos dados foram análise comportamental, o sumário etnográfico e a codificação dos dados via análise de conteúdo.

De acordo com o modelo, as expectativas iniciais dos pais, cujos filhos nunca tinham feito fisioterapia respiratória são essencialmente categorias do tipo *idealista* ou do tipo *vagas ou sem uma ideia pré-concebida*. As *idealistas* estão relacionadas com o desejo de melhoria do bebé e do retorno às rotinas, ou são baseadas em construções falsas ou exageradas face à técnica aplicada na FRI. As *vagas ou sem uma ideia pré-*

*concebida* foram motivadas por não haver conhecimento ou experiência anterior de FRI.

A estruturação mental das crenças e percepções associadas à FRI antes do tratamento é um processo individual e multifactorial. Foram identificados alguns géneros de crença: crenças ligadas à patologia, crenças ligadas à técnica de FRI e a crença que a saúde é controlada por factores externos. Identificou-se ainda uma construção mental definida como a percepção da importância atribuída à (falta de) saúde da criança e há ainda a considerar factores inerentes à criança e aos pais.

No final do tratamento as expectativas são sobretudo do tipo *predictivo* (os pais procuram resultados) e do tipo *afectivas ou emocionais*. As *predictivas* estão relacionadas com a percepção dos benefícios e com o conhecimento adquirido no decorrer do contacto com a fisioterapia. A categoria do tipo *afectivo ou emocional* foi adicionada ao modelo inicial e, está relacionada com as expectativas relativas ao perfil do fisioterapeuta.

Foram identificadas várias barreiras, que terão que ser valorizadas à luz do actual contexto sociopolítico tais como políticas de saúde, participações e recursos humanos.

O contacto com a FRI permitiu aos pais o conhecimento dos locais, do processo e o ganho de *empowerment*, que lhes permitirá reduzir a ansiedade e melhorar quer a sua capacidade interventiva no processo quer o desenvolvimento de competências de participação na resolução do problema do seu filho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fisioterapia respiratória infantil, patologia respiratória infantil (FRI), expectativas, pais, crenças, barreiras, *empowerment*.

## ABSTRACT

### CHARACTERIZATION OF PARENTAL EXPECTATIONS ON CHEST PHYSIOTHERAPY IN INFANTS.

MARIA DA GRAÇA LUCENA

Globally, the incidence of child respiratory diseases is high, being the main cause of death worldwide. Results presented at the “Congresso Nacional de Pediatria” in 2008 indicated that 83% of the hospitalization was accompanied with a bronchiolitis diagnosis (Gonzaga *et al.*, 2006; Rodrigues *et al.*, 2008). This type of disease represents a significant burden, not only in terms of costs for the public health system but also in terms of loss of productivity of parents and perturbation of family home situations.

The application of chest physiotherapy in Infants (CPI) has increased due to its recognized efficacy. Although literature indicated *Expectations* as a major factor in the clinical outcome of the physiotherapy and the overall satisfaction, still no studies have been performed to classify parental expectations and their influence on chest physiotherapy in Infants.

Therefore, the major objective of this study was to characterize the parental expectations on chest physiotherapy in Infants.

As no such studies in this area were encountered, a qualitative study was performed, with a descriptive, exploratory and retrospective character for the identification of the perceptive expectations of parents before and after the infantile respiratory physiotherapy treatment, as well as how these expectations occurred.

For this purpose the theoretical reference model of *Expectations* by Thompson and Sunol (1995, referred by Bialosky *et al.*, 2010) was applied, which classifies expectations in four categories, namely *predictive*, *idealized*, *normative* and *vague or without predefined notions*. The principle method of data collection was by focus group interview.

The subjects were parents (mother or father) of children with at least one incidence of acute respiratory pathology, undergoing physiotherapy in i) hospital (with or without hospitalization), ii) clinic or iii) domiciliary, with or without support of the public health system, with total number of 18. Data collection was obtained by the use of a guided interview. The interviews were conducted, transcribed and analyzed by the investigator. Data analysis concerned behavioural analysis, an ethnographic summary and data-coding via content analysis.

According to the model, the initial expectations of parents whose children had never experienced a respiratory physiotherapy before, were mainly of the categories “idealistic” or of the “vague or no predefined notion”. The “idealists” are mainly related with the wish of improvement of the infant and wish to return to normal routine or are based on false or exaggerated opinions in relation to the applied techniques of CPI.

Parents of the “vague or no predefined notion” category were motivated by lack of knowledge or experience in CPI.

The mental organization of convictions and perceptions associated with IRP before treatment is an individual and multi-factorial process. Some type of beliefs could be identified: beliefs linked to the pathology, linked to the techniques applied in CPI and convictions linked to the idea that health is determined by external factors. A different mental organization could subsequently be identified, defined by the perception of the importance of (or lack of) health of the infant. Still, to be considered are factors inherent to the infant and parents.

After treatment, the expectations are in majority of the “predictive” type (parent expect results) or of the “affective/emotional type”. The predictive expectations were correlated with the perception of the benefits of CPI and with the acquired knowledge during the physiotherapy treatment. The “affective/emotional type”, a new category added to the initial work-model, was related with expectations based on the profile of the physiotherapist.

Several barriers were identified which should be considered in the current socio-political context concerning health policies, health support and human resources.

The experience with IRP allowed parents to obtain knowledge on the locations and the process as well as gain in empowerment which will allow them to reduce anxiety and to improve both their intervention in the process as well as in the development of skills to intervene in the improvement of the problem of their child.

**KEYWORDS:** Chest physiotherapy in Infants, child respiratory diseases, expectations, parents, beliefs, barriers, empowerment.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	2
SECÇÃO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. EPIDEMIOLOGIA .....	5
2. FISIOPATOLOGIA.....	6
3. INTERVENÇÃO – MODELOS DE TRATAMENTO.....	10
Objectivos .....	10
Contra-indicações .....	10
Guidelines de intervenção: Diagnóstico e Tratamento .....	10
4. PRIORIDADES E SATISFAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS AGUDOS .....	13
5. EXPECTATIVAS.....	15
Definição de expectativas em saúde .....	15
Expectativa versus Resposta Psicossomática .....	17
Expectativa no processo de tomada de decisão clínica.....	18
Processo de construção de expectativas.....	20
6. MAPA CONCEPTUAL .....	23
7. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO .....	24
Questões de investigação .....	24
Objectivos gerais.....	25
Objectivos específicos .....	25
SECÇÃO 2 - MATERIAL E MÉTODOS .....	26
1. DELINEAMENTO DO ESTUDO/ABORDAGEM DA INVESTIGAÇÃO .....	26
2. POPULAÇÃO EM ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E DE ABANDONO. ....	27
Amostra em estudo .....	27

Critérios de inclusão .....	27
Critérios de exclusão.....	28
Critérios de abandono .....	28
3. MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS.....	28
Guião dos grupos focais.....	28
Questionário .....	29
4. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO .....	30
Seleccção dos participantes .....	30
Recrutamento dos participantes e segmentação dos grupos .....	31
5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
6. QUESTÕES ÉTICAS .....	34
7. CONFLITO DE INTERESSES .....	34
SECÇÃO 3 - RESULTADOS .....	35
ANÁLISE DOS GRUPOS FOCALIS .....	35
A - Tipo de expectativas dos pais no início do tratamento.....	36
B - Factores que contribuem para a estruturação mental das crenças e percepções, associadas à Fisioterapia Respiratória Infantil (FRI) antes do tratamento. ....	48
C - Tipo de expectativas dos pais no final do tratamento.....	67
D - Comparação entre as expectativas dos pais antes e depois do tratamento de fisioterapia respiratória infantil e identificação de factores modificadores. ....	76
E - Relação entre as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil e a adesão ao tratamento. ....	77
SECÇÃO 4 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....	87
1. DISCUSSÃO .....	87
2. CONCLUSÕES .....	97
BIBLIOGRAFIA .....	102

APÊNDICES .....	108
APÊNDICE 1 - Guião dos Grupos Focais.....	109
APÊNDICE 2 - Questionário.....	111
APÊNDICE 3 - Termo de consentimento livre e informado.....	114
APÊNDICE 4 - Operacionalização das variáveis (Aguar, 2007).....	115
APÊNDICE 5 – Fases do recrutamento.....	117
APÊNDICE 6 - Carta enviada aos participantes por correio electrónico .....	118
APÊNDICE 7 - Categorias emergentes da análise dos GF .....	120
ANEXOS .....	165
ANEXO 1- Padrões de Prática em Fisioterapia.....	166
ANEXO 2 - Listagem de indicadores de resultados .....	167

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Adaptação do modelo de importância do problema em saúde de Abrantes et al (1989).....	4
Figura 2 - Modelo explicativo que enquadra o problema entre causas e consequências. Adaptado de Abrantes et al. (1989). ....	24
Figura 3 - Grupos Focais em estudo. ....	32
Figura 4 - Processo de construção das expectativas existentes no início do tratamento	50
Figura 5- Factores que contribuem para as expectativas finais .....	68
Figura 6 - Modelo de categorização das expectativas de Thompson e Sunol com introdução de novas variáveis.....	98

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos participantes do Grupo Piloto.....	163
Tabela 2 - Caracterização dos participantes do Grupo 1. ....	163
Tabela 3 - Caracterização dos participantes do Grupo 2. ....	163
Tabela 4 - Caracterização dos participantes do Grupo 3. ....	164
Tabela 5 - Caracterização dos participantes do Grupo 4. ....	164
Tabela 6 - Caracterização do regime de tratamento. ....	155
Tabela 7 - Frequência de altas por mês.....	159
Tabela 8 - Número de sessões de FRI efectuadas por cada caso. ....	159
Tabela 10 - Evolução da Condição Clínica. ....	160
Tabela 9 -Medidas de tendência central e amplitude, referentes à caracterização do número total de sessões de FRI do grupo focal. ....	159
Tabela 11 - Critérios de alta.....	160
Tabela 12 - Caracterização do número dos pais por grupo etário .....	161

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Comparação entre o número de participantes que fizeram fisioterapia em regime exclusivamente privado e os restantes. ....	156
Gráfico 2 - Distribuição dos pais por subsistema de comparticipação dos tratamentos. ....	156
Gráfico 3 - Caracterização da idade das crianças em meses.....	157
Gráfico 6 - Caracterização da incidência das patologias respiratórias agudas nas crianças em estudo. ....	157
Gráfico 4 - Caracterização do género das crianças. ....	157
Gráfico 5 - Caracterização da paridade das crianças. ....	157
Gráfico 7 - Caracterização da gravidade dos episódios à data de início do tratamento. ....	158
Gráfico 8 - Distribuição de frequências ao longo do ano, da data de início do episódio. ....	158
Gráfico 9 - Caracterização da gravidade dos episódios à data de conclusão do tratamento de fisioterapia respiratória (n = 17). ....	159
Gráfico 11 - Caracterização da idade dos pais dos grupos focais segundo grupos etários. ....	161
Gráfico 10 - Caracterização do género dos pais do grupo focal .....	161
Gráfico 12 - Caracterização do número profissão.....	162
Gráfico 13 - Caracterização da	
Gráfico 14 - Caracterização da Formação Académica. ....	162

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

AVD – Actividades de Vida Diária

CHERG - Child Health Epidemiology Reference Group

CRF - Capacidade Residual Funcional

DGS – Direcção Geral de Saúde.

FRI – Fisioterapia Respiratória Infantil

G1 – Grupo (Focal) 1

G2 – Grupo (Focal) 2

G3 – Grupo (Focal) 3

G4 – Grupo (Focal) 4

GINA – Global Initiative for Asthma

GP – Grupo (Focal) Piloto

ICD - International Classification of Diseases

VC - Volume Corrente

VRI - Volume De Reserva Inspiratória

VSR - Vírus Sincicial Respiratório

WCPT - World Confederation for Physical Therapy

WHO – World Health Organization

## INTRODUÇÃO

A incidência de doenças respiratórias infantis tem sido crescente e está ligada, por um lado, à evolução dos germes responsáveis pelas infecções respiratórias e à actual predominância das infecções virais sobre as infecções bacterianas e, por outro, a um conjunto de factores ambientais em que se associam a poluição e o modo de vida. (Postiaux, 2004).

Devido a aspectos estruturais do seu aparelho respiratório as crianças estão particularmente susceptíveis às infecções respiratórias, sendo as bronquiolites e as pneumopatias as mais frequentes e as mais graves, podendo trazer consequências futuras sobre a função pulmonar (Postiaux, 2004).

As epidemias ou pandemias virais das infecções respiratórias agudas, como a gripe ou síndrome respiratória aguda grave, são uma ameaça mundial. Os medicamentos antivirais e as vacinas poderão ser insuficientes para evitar uma catástrofe. **(falta referência bibliográfica** *“Portugal é dos países que apresenta maior taxa de resistência aos antibióticos, o que está relacionado com a sua utilização indevida sendo que estes medicamentos não ajudam a resolver mais rapidamente as infecções virais e podem ter efeitos indesejáveis” (DGS, 2012).* O recurso à fisioterapia respiratória na criança é cada vez mais frequente, justificado pela sua reconhecida efectividade (Postiaux, 2004).

Na área da saúde, percebe-se um grande avanço na qualidade. É considerável a produção científica destinada ao conhecimento da etiologia e tratamento das doenças. E, embora a literatura refira que a expectativa é um factor influente nos resultados clínicos da fisioterapia e na satisfação global do utente, os fisioterapeutas parecem não lhe atribuir a devida importância, no decorrer da intervenção (Bialosky *et al.*, 2010:1353). As orientações internacionais “Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice” (adaptado para Portugal como “Padrões de Prática”), apontam para que:

*“as opções de intervenção, incluindo benefícios significativos, riscos e efeitos secundários sejam discutidos com o utente(...) deverá ser dada ao utente, a oportunidade de colocar questões em todas as ocasiões e(...) ser considerado que o utente pode necessitar de tempo para absorver a informação(...) tendo*



*em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado”(Padrão 2). Devem constar dados recolhidos relacionados com: a) a percepção que o utente tem das suas necessidades; b) as expectativas do utente face à intervenção do Fisioterapeuta” (Padrão 5)*

(Amado *et al.*, 2005:13).

Não existe uma medida padronizada de expectativa, o que resulta numa variedade de ferramentas de medição, com muita falta de validação. Além de que, a construção de expectativa não foi totalmente definida, e as ferramentas de medição avaliam diferentes componentes de expectativa, que podem ou não ser válidas ou comparáveis (Bialosky *et al.*, 2010). Devido à variabilidade metodológica dos actuais estudos de expectativa, a comparação dos resultados de diferentes estudos é limitada. Não foi encontrada bibliografia relativa à caracterização das expectativas dos pais de crianças com indicação para fisioterapia respiratória infantil.

A utilização de uma metodologia exploratória, do tipo qualitativo, prende-se com vários aspectos, nomeadamente a escassez de estudos/literatura sobre resultados em fisioterapia respiratória infantil; a falta de uma definição uniforme e de uma medida padronizada de expectativa; a inexistência de investigação sobre expectativas em pais de crianças com indicação para fisioterapia respiratória e inerentemente a carência de um instrumento de medição. Outros factores que justificam a utilização deste tipo de abordagem metodológica são o facto de se tratar de uma área nova de pesquisa, ser um tema difícil de observar e se procurar averiguar perspectivas e experiências de pais sobre este modelo de tratamento (Cohen; Crabtree, 2006). A opção pelo recurso a *Grupos Focais* como técnica de recolha de dados fica a dever-se ao carácter sazonal da condição clínica.

O modelo referencial teórico seguido é o modelo de Thompson e Sunol (Bialosky *et al.*, 2010), que subdivide a expectativa em 4 tipos: 1) *Preditivas* - relacionadas com resultados clínicos; 2) *Idealizadas* – construções de desejo e esperança; 3) *Normativas* – relacionadas com satisfação; 4) *Vagas ou sem uma ideia pré-concebida* sobre uma situação ou intervenção.

Considerando que a literatura sugere que a expectativa influencia os resultados clínicos após a intervenção da fisioterapia, noutra tipo de condições clínicas (Bialosky *et al.*, 2010), os resultados deste estudo poderão dar um contributo para a identificação do tipo de expectativas dos pais perante a fisioterapia respiratória infantil e a colocação de hipóteses relativamente a estratégias que promovam uma maior participação e adesão a este tipo de tratamentos, tendo por objectivo principal a obtenção de melhores resultados clínicos e, com uma terapia menos evasiva. Outro contributo será enquanto pesquisa exploratória, sugerir pistas para futuros estudos tanto qualitativos como quantitativos no âmbito deste tema, ou em áreas relacionadas como satisfação; qualidade; efectividade; ou mesmo custo-efectividade.



Figura 1 - Adaptação do modelo de importância do problema em saúde de Abrantes et al (1989).

## SECÇÃO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. EPIDEMIOLOGIA

As infecções respiratórias agudas são a principal causa de mortalidade infantil no mundo (Rudan *et al.*, 2004), sendo a maioria causadas por pneumonia e bronquiolite. Estima-se que anualmente, 2,1 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos morram vítimas destas doenças, correspondendo a 20% do total de causas de morte.

Nos países em desenvolvimento (onde ocorrem 95% dos casos) a incidência anual de patologia respiratória é de 150,7 milhões de novos casos, sendo 11-20 milhões (7-13%) de severidade suficiente para necessitar admissão hospitalar. (Rudan *et al.*, 2004)

O CHERG<sup>1</sup> (Child Health Epidemiology Reference Group – OMS) realça a importância da pneumonia e da bronquiolite, considerando-as como as doenças de maior carga global de doença no conjunto das doenças respiratórias infantis do trato inferior em crianças de idade inferior a cinco anos.

A bronquiolite é a principal causa de hospitalização nas crianças nos primeiros 2 anos de vida em Portugal. Com características epidémicas, o vírus sincicial respiratório (VSR) é o agente etiológico mais frequente, sendo responsável por um elevado número de internamentos (Gonzaga *et al.*, 2007). Comunicações apresentadas no Congresso Nacional de Pediatria (2008), baseadas em estudos epidemiológicos hospitalares realizados entre 2004 e 2008 (Gonzaga *et al.*, 2006 e Rodrigues *et al.*, 2008), revelaram que o diagnóstico de bronquiolite representava cerca de 83% do total de internamentos, sendo que a taxa de internamento por bronquiolite em casos de primeiro episódio, em época epidémica foi de 11,3%; 58% eram do sexo masculino numa proporção de 1,4:1, com idades compreendidas entre os 7 dias e os 24 meses (mediana 6 meses). A duração das épocas epidémicas variou entre 3 a 6 meses, a maioria dos casos ocorreu entre Dezembro e Fevereiro estendendo-se até Maio, com pico de incidência do VSR no mês

---

<sup>1</sup>CHERG - Foi criado em 2001, com o objectivo de fornecer orientação técnica externa e liderança global no desenvolvimento e na melhoria das estimativas epidemiológicas em crianças de idade inferior a cinco anos de idade.

de Janeiro (35%). A mediana de duração do internamento foi de 5 dias e a taxa de internamentos superior em lactentes <6 meses (55%). Necessitaram de oxigenoterapia 48% dos doentes e fisioterapia respiratória 71%. A prematuridade e idade inferior a 3 meses estão relacionadas com maior necessidade de oxigenoterapia, ventilação assistida e evolução para hiperreactividade ( $p<0,05$ ). A taxa de transferência para unidades de cuidados intensivos foi de 1,6%. Os mesmos autores, referiram ainda que outros factores de risco, nomeadamente complicações da prematuridade, peso não apropriado à idade gestacional e factores socioeconómicos, os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos. A terapêutica com broncodilatadores, adrenalina, corticóides, apesar de controversa, ainda é bastante utilizada na nossa prática clínica (Gonzaga *et al.*, 2006).

O relatório “*Global Strategy for Asthma Management and Prevention*” (GINA, 2006), alerta para o facto de a asma ser um sério problema de saúde mundial, cuja prevalência está a aumentar na maioria dos países, especialmente na população pediátrica. A asma afecta perto de 150 milhões de pessoas em todo o mundo. Em Portugal, estima-se que mais de 600 mil pessoas sofram de asma (DGS, 2012), o que representa uma carga significativa, não só em termos de custos a nível dos sistemas de saúde, mas também em termos de perda de produtividade e na redução da participação de vida em família. (GINA, 2006)

## 2. FISIOPATOLOGIA

Os conhecimentos da fisiopatologia, por parte do fisioterapeuta, criam-lhe melhores condições para apreender a globalidade do procedimento clínico.

“*O carácter de reversibilidade delimita o campo de actuação da fisioterapia respiratória*”, o que exclui qualquer intervenção física sobre as obstruções anatómicas, tumorais ou mal formativas (Postiaux, 2004:31).

As modalidades ou manobras de tratamento relacionam-se com as modificações funcionais e estruturais do aparelho respiratório que ocorrem durante o crescimento. O aparelho respiratório do recém-nascido e da criança pequena, “*não é um modelo reduzido do adulto*” (Postiaux, 2004:121).

### ***Rede brônquica***

Os alvéolos desenvolvem-se após o nascimento, crescendo em número até à idade de 8 anos e, em tamanho em conjunto com o desenvolvimento da caixa torácica, até à idade adulta.

Após o nascimento e, principalmente a partir do primeiro ano de idade, o desenvolvimento ocorrerá essencialmente a partir das pequenas vias aéreas, ou seja a partir dos bronquíolos terminais ou respiratórios.

Do ponto de vista funcional, as resistências nas pequenas vias aéreas da criança com menos de 5 anos contribuem proporcionalmente, com uma parte muito mais importante para o total de resistências, que no adulto. Isto porque as vias distais são proporcionalmente mais estreitas (maior resistência).

Dimensão de um bronquíolo terminal:

Recém-nascido - 0,1 mm de diâmetro

Criança com 2 anos – 0,2 mm de diâmetro

Criança com 4 anos – 0,3 mm de diâmetro

A partir dos 18 anos – 0,5 mm de diâmetro

Os pequenos diâmetros e as elevadas resistências explicam o carácter de gravidade da obstrução brônquica das crianças pequenas

### ***Glândulas brônquicas e as células de muco***

Em comparação com o adulto, a criança pequena apresenta uma maior densidade de glândulas de muco, que são igualmente de maior dimensão em relação à parede brônquica e ao pequeno diâmetro das vias aéreas, contribuindo para as manifestações da obstrução broncopulmonar. As secreções e a inflamação ocupam um lugar predominante na obstrução brônquica do bebé comparativamente ao broncoespasmo.

### ***Músculo brônquico***

O músculo brônquico, é pouco desenvolvido, ou até mesmo ausente, nas pequenas vias aéreas do recém-nascido, o que explicaria a razão pela qual os broncodilatadores não têm efeito em algumas crianças pequenas (no entanto, estes têm um papel importante no transporte do muco ciliar).

### ***Mecanismos desencadeadores de Obstrução brônquica e a hiperinsuflação toracopulmonar***

**Obstrução brônquica** - consiste numa redução da luz das vias aéreas que afecta o fluxo de ar circulante. A obstrução pode ser total ou parcialmente reversível, ou ainda irreversível. Essa definição compreende a totalidade das vias aéreas, incluindo as vias aéreas extratorácicas. Está presente nos dois tempos de respiração e é de causa multifactorial. A avaliação clínica revela inflamação da mucosa brônquica e edema, hipersecreção e o broncoespasmo que respondem à fisioterapia e aerossolterapia. (Postiaux, 2004).

**A hiperinsuflação toracopulmonar** - é um aumento anormal da capacidade residual funcional (CRF) que coloca o volume corrente (VC) no volume de reserva inspiratória (VRI). Causas mais frequentes são:

- Perda do recuo elástico do parênquima pulmonar (caso do enfisema);
- A obstrução brônquica (a causa mais frequente é a asma).

Diversas etiologias são responsáveis por uma obstrução brônquica duradoura, que exige o recurso precoce a uma fisioterapia de primeira intenção, cujos principais objectivos são a luta contra a obstrução brônquica e a hiperinsuflação pulmonar. (Postiaux, 2004).

O lactente apresenta uma hiperinsuflação fisiológica. Na hiperinsuflação resultante da obstrução, durante a expiração há um encerramento prematuro dos brônquios, com a possibilidade de provocar um aprisionamento do ar nos territórios situados acima do ponto de encerramento. Esta situação poderá provocar distensão torácica permanente sobre o tecido pulmonar vizinho aos brônquios, retardando o mecanismo de encerramento brônquico e constituindo um mecanismo homeostático favorável a trocas gasosas. Por razões anatómicas, estruturais e funcionais próprias da primeira infância, a luta contra a obstrução brônquica e, principalmente, a aquisição e a conservação de um certo grau de hiperinsuflação afectam particularmente o recém-nascido. As desvantagens mecânicas (horizontalidade e forma circular das costelas, diafragma mais achatado), conduzem rapidamente a uma maior fadiga muscular e à

insuficiência respiratória. Na criança, a obstrução brônquica tenderá a agravar mais a configuração anatómica de hiperinsuflação fisiológica.

### ***Classificação das Doenças do Sistema Respiratório***

O ICD – 10 - CA (International Classification of Diseases) é uma classificação de diagnósticos de doença padrão, implementada pela OMS , para fins epidemiológicos, de gestão e uso clínico (WHO, 2006). As doenças do sistema respiratório incluem-se no capítulo X. Destas, salientam-se as doenças respiratórias agudas do trato inferior, abrangem as vias aéreas abaixo da epiglote, que incluem manifestações de laringite, traqueíte, bronquite, bronquiolite, infecções pulmonares, qualquer combinação destas ou, qualquer uma destas que envolva também as vias aéreas superiores, incluindo *influenza* (Rudan *et al.*, 2004)

De acordo com os pressupostos de intervenção da fisioterapia, Postiaux (2004) dividiu as doenças respiratórias passíveis de provocar um estado de obstrução brônquica reversível em 5 grupos:

- Patologias Pulmonares agudas e crónicas
  - Agudas – Bronquite, bronquiolite, pneumopatias e distúrbios da ventilação resultantes de atelectasias.
  - Crónicas – Asma, fibrose cística, bronquiectasias
- Patologias do tubo aerodigestivo
- Patologias respiratórias ligadas à existência de um RGE (refluxo gastroesofágico)
- Patologias do surfactante
- Patologias respiratórias ligadas às infecções ORL.

Na criança com menos de dois anos, a definição das patologias broncopulmonares obstrutivas acarretam um problema de definição na literatura médica: são utilizadas numerosas definições, mas não há consenso, provavelmente devido à dificuldade de diagnóstico diferencial.

### 3. INTERVENÇÃO – MODELOS DE TRATAMENTO

#### Objectivos

A literatura centra a intervenção da fisioterapia respiratória pediátrica em quatro objectivos: a) Objectivo Primário – consiste em retirar ou reduzir a obstrução brônquica, resultante da falha dos meios naturais de depuração brônquica (Postiaux, 2004); b) Objectivos Secundários (a curto ou médio prazo) - prevenção ou tratamento da atelectasia e da hiperinsuflação (Postiaux, 2004); c) Objectivo potencial – prevenção de danos estruturais, evitando as cicatrizes lesionais e a perda de elasticidade que as infecções broncopulmonares infligem ao aparelho respiratório do bebé (Postiaux, 2004); d) Educação para a saúde<sup>2</sup> – são exemplo os planos escritos, personalizados, de autogestão para a asma (Toelle; Ram, 2004) e planos de acção escrita para crianças com asma e seus pais (Bhogal *et al.*, 2006) e o site da DGS: “ Sitio das doenças respiratórias”, com informação para educadores, crianças e especialistas em saúde, para a promoção da Saúde.

#### Contra-indicações

Está excluída qualquer intervenção física sobre as obstruções anatómicas, tumorais ou mal formativas, (dado corresponderem a obstruções de carácter não reversível. Recomenda-se prudência em malformações cardíacas, afecções neurológicas centrais ou qualquer síndrome abdominal não identificado. O broncoespasmo não constitui uma contra-indicação se a técnica for precedida de uma *aerossolterapia broncodilatadora* (Postiaux, 2004:141).

#### Guidelines de intervenção: Diagnóstico e Tratamento

As guidelines de referência internacional para a fisioterapia incluem um documento orientador para a prática clínica - Padrões de Prática (Amado *et al.*, 2005), o

---

<sup>2</sup> Os programas de educação de autogestão que têm sido desenvolvidos para crianças com asma (dos 2 aos 18 anos), são referidos como importantes enquanto contributo para melhorar o *empowerment* dos pais e das crianças mais velhas, do qual resultará um maior controlo da agudização de condições crónicas. Mas, revisões sistemáticas referem que a evidência se encontra limitada pela pouca quantidade de estudos e pelos indicadores que são referidos (Bailey *et al.*, 2009).



qual dedica especial atenção à *Recolha de Dados* (diagnóstico) e *Ciclo de intervenção* (tratamento). (Anexo 1).

Os pré-requisitos para uma aplicação efectiva de guidelines são: um diagnóstico preciso e a monitorização de indicadores apropriados.

### ***Diagnóstico e monitorização***

Para o fisioterapeuta, a estratégia terapêutica é fundamentalmente determinada pela sintomatologia. Postiaux *et al.* (2006) referem nos seus estudos, a escala de severidade de Wang; a oximetria de pulso (SpO2); a frequência cardíaca; os episódios anteriores de bronquiolite; RX Tórax para avaliar a presença de alterações no 1º dia (antes de iniciar a sessão de tratamentos), 2º dia e no último dia; e a prematuridade.

Para avaliação da gravidade do episódio de doença respiratória aguda do trato inferior, a OMS (1985) propõe um esquema de classificação com base na conjugação de critérios tais como tosse e tiragem; tosse e impossibilidade de beber ou; dificuldade respiratória em repouso (com necessidade de cuidados hospitalares). Os níveis de gravidade caracterizam-se como (Rudan *et al.*, 2004: 897):

- Gravidade Severa - Se houver tosse e tiragem<sup>3</sup>, tosse e impossibilidade de beber ou dificuldade respiratória em repouso (com necessidade de cuidados hospitalares).
- Gravidade Moderada - Se houver tosse e aumento da frequência respiratória mas não tiragem (necessitando de tratamento domiciliário com antibióticos e outras medidas de suporte).
- Gravidade Ligeira - Se houver tosse sem aumento da frequência respiratória ( 50 respirações por minuto), sem tiragem, garganta inflamada, corrimento do ouvido por mais de 2 semanas, nariz entupido ou com corrimento (necessita de tratamento domiciliário apenas com medidas de suporte).

Outras formas de diagnóstico são a experiência suportada com a auscultação brônquica para identificar sinais próprios da pneumonia ou da bronquiolite (próprias da medicina geral ou pediatria). Alguns estudos referem critérios adicionais, como cianose.

---

<sup>3</sup>Tiragem - Depressão supra-esternal ou infra-esternal que surge em situações de obstrução da entrada de ar nas vias aéreas durante a inspiração (Infopédia, 2012).

Uma revisão da literatura permitiu a elaboração de uma listagem de indicadores, que pode ser consultada em anexo (Anexo 2).

O principal problema apresentado pela fisioterapia respiratória no bebé é a impossibilidade do fisioterapeuta quantificar ou objectivar os efeitos das suas manobras, tais como os efeitos de uma sessão ou do tratamento a longo prazo. Os testes funcionais não são possíveis e a alta tecnicidade de determinados testes tornam a avaliação rotineira difícil (Postiaux, 2004).

### ***Protocolos de intervenção da fisioterapia respiratória infantil***

São referidos dois protocolos de intervenção de fisioterapia respiratória infantil:

- 1) Método anglo-saxónico referido como “*conventional chest physiotherapy – cCPT*”, que compreende: drenagem postural, percussão (*clapping*) e aspirações nasoro-faríngeas;
- 2) Método francófono - Adoptado como referência, pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, engloba técnicas de expiração lenta prolongada e a tosse provocada. Não foram encontradas referências na literatura relativas à estimativa do número de sessões necessárias ou à sua regularidade

De acordo com a literatura, a fisioterapia respiratória é controversa e, em alguns casos não recomendada por falta de validação de estudos controlados, ou por ser simplesmente baseada em opiniões de peritos ou de consensos (Gajdos *et al.*, 2010:3). Uma revisão da literatura relativamente às diferentes abordagens de tratamento da fisioterapia respiratória revelou existirem poucos estudos ou de pouca qualidade, sendo grande parte dos tratamentos propostos de eficácia relativa. No entanto, nos raros estudos de revisão sistemática disponíveis, o tratamento baseia-se sobretudo no método anglo-saxónico (*conventional chest physiotherapy – cCPT*) ou, as técnicas não são descritas (Postiaux *et al.*, 2006:36). E, segundo Postiaux (2004:121), estas opiniões de tendência negativa, referem-se aos efeitos de uma fisioterapia de higiene brônquica aplicada às crianças, que utiliza a metodologia das patologias respiratórias do adulto.

Mas, apesar das limitações referidas, a fisioterapia é referida pela literatura como opção de tratamento de condições clínicas como a asma, fibrose cística (Morrison; Agnew, 2009) e patologia aguda de que é exemplo a bronquiolite (Perrotta *et al.*, 2007). E, Postiaux e outros autores (2006), concluíram após investigação, que o protocolo que

inclui a expiração lenta prolongada e a tosse provocada pode ajudar a melhorar os sintomas clínicos de obstrução brônquica da bronquiolite aguda moderada em bebés e, não apresenta riscos.

#### **4. PRIORIDADES E SATISFAÇÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PEDIÁTRICOS AGUDOS**

A literatura refere que quando os pais procuram cuidados de saúde, o resultado mais importante é a cura da criança ou a redução dos sintomas (Ammentorp *et al.*, 2005:127)

A satisfação é considerada factor de grande importância na medição da qualidade dos cuidados, mas variações de pessoa para pessoa e a sua importância relativa, muitas vezes não estão incluídas nos estudos. À avaliação da satisfação deve ainda acrescentar-se o conhecimento do que é prioritário. Prioridades são atitudes que podem ser definidas como preferências e desejos do paciente “o que é que o paciente quer”. São avaliativas ou afectivas, descrevendo um sentimento a favor ou em desfavor de um serviço. (Ammentorp *et al.*, 2005: 127).

Ammentorp *et al.*, (2005) realizaram um estudo para identificar as prioridades dos pais e o seu nível de satisfação, em relação ao atendimento pediátrico em condições agudas. Com base numa revisão sistemática da literatura e em entrevistas exploratórias, definiram 6 dimensões da qualidade dos serviços pediátricos, relacionadas com as prioridades e a satisfação dos pais com os cuidados de saúde prestados aos seus filhos:

1. O acesso aos cuidados e tratamento.
2. Informação e comunicação relacionadas com o cuidado e o tratamento.
3. Informações relativas às condições práticas.
4. O comportamento dos médicos.
5. O comportamento dos enfermeiros.
6. Acesso ao serviço.

Itens relacionados com características dos pais foram incluídos no estudo: idade, género e educação.

Nos resultados deste estudo são apontadas como maiores diferenças entre prioridades e satisfação dos pais: 1) o tempo de espera relacionado com a admissão e com a satisfação das necessidades da criança; 2) as informações disponíveis e a comunicação com os pais sobre os procedimentos. E, embora, de forma geral o grau de satisfação relativamente aos cuidadores fosse comparativamente superior para os médicos, foi atribuída aos enfermeiros uma melhor capacidade de ensino. Não é feita referência aos fisioterapeutas.

Souza e outros autores (2007) ressaltam a falta de clareza relativamente ao tempo necessário para os resultados se manifestarem; as dificuldades que os pacientes podem ter em avaliar aspectos técnicos (quando o utente se encontra em posição de desvantagem para avaliar produtos ou serviços que sejam tecnicamente complexos, opta por utilizar outras dimensões que não as técnicas para efectuar sua avaliação); a maioria das decisões específicas de compra/acesso aos serviços de saúde é tomada (ou fortemente influenciada) por um profissional da saúde ou entidade.

Ao nível da qualidade e satisfação em saúde destacam-se alguns autores: a) Donabedian (1990), que definiu os “*atributos dos Cuidados de Saúde*” - Eficácia (*Efficacy*), Efectividade (*Effectiveness*); Eficiência (*Efficiency*); Optimização (*Optimality*); Aceitação (*Acceptability*)<sup>4</sup>, Legitimidade (*Legitimacy*) e Equidade (*Equity*) b) Mirshawka (1994); que distingue “3 tipos de qualidade dos Serviços de saúde” – *Qualidade Clínica*, determinada pelos médicos e outros cuidadores, refere-se a aspectos técnicos da prestação do serviço e está virada para resultados; *Qualidade virada para a Satisfação dos utentes* em que, termos como atenção, cuidado, comunicação, preocupação, empatia, ganham destaque, em detrimento de aspectos técnicos da prestação do serviço; *Qualidade Económica ou Financeira ou orientada para as finanças* é uma componente relativamente nova da qualidade nos serviços onde são considerados os aspectos financeiros da qualidade; c) Grönroos (2003), que caracteriza as “*dimensões da qualidade*” - *Qualidade Técnica* que diz respeito ao que é oferecido ao cliente a fim de satisfazê-lo, e a *Qualidade Funcional* que se refere a como

---

<sup>4</sup> Em conformidade com as opções do utente.

o serviço é prestado, já mencionada por Mirshawka como qualidade voltada para a satisfação das expectativas do paciente. (Souza *et al.*, 2007).

## 5. EXPECTATIVAS

### Definição de expectativas em saúde

O conceito geral de expectativa é definido como *esperança fundada em promessas ou probabilidades; expectativa* (Infopédia, 2011). Em saúde, as expectativas poderão ser definidas como a crença geral de que determinado resultado clínico irá ocorrer e podem ser positivas ou negativas (Uhlmann *et al.* e Wiles *et al.* cit. por Bialosky *et al.*, 2010).

Não foi encontrada bibliografia referente à categorização das expectativas dos pais, relativamente ao modelo de tratamento *fisioterapia respiratória infantil*. No entanto, a literatura faz referência a um estudo sobre expectativas relacionadas com a fisioterapia noutras condições clínicas, centradas em resultados clínicos como dor e disfunção (Bialosky *et al.*, 2010). O conhecimento de expectativas preditivas e a sua relação com o benefício dos cuidados é consistentemente elevado. Estudos sugerem um valor prognóstico para a expectativa no tratamento de indivíduos com dor músculo-esquelética que pode ultrapassar o tipo de tratamento realizado. O tipo de intervenção pode não ser tão importante como a expectativa individual para o modelo de intervenção utilizado. Os resultados, portanto, podem não depender inteiramente do tipo de tratamento previsto, mas também são influenciadas por atitudes individuais ou crenças em relação ao tratamento. A manipulação da expectativa, sugere um efeito causal dessa expectativa sobre os resultados relacionados com a dor, o que podem ser traduzidos para a prática clínica nas condições de dor músculo-esquelética.

Hill e outros (2007) relacionam expectativas preditivas com resultados negativos. Na população em estudo, a tosse poderá ser exemplo, funcionando como factor impeditivo de retorno às actividades normais da criança, sem que haja indicação clínica para tal.

Bialosky *et al.* (2010) usam o modelo de Thompson e Sunol (1995) para classificar as medidas de expectativa. Este constitui um instrumento útil para ilustrar a

multifacetada construção de expectativas, que pretende relacionar expectativas com satisfação do utente e resultados clínicos. É composto por quatro categorias:

1. *Expectativas preditivas* - focam-se em medidas/valores preditivos relacionados com resultados clínicos – “*o que os indivíduos esperam que vá acontecer.*”
2. *Expectativas idealizadas* - resultam de construções de desejo e esperança e são frequentemente pouco delineadas – “*o que os indivíduos gostariam que acontecesse*”.
3. *Expectativas normativas* - representam o que se acredita que vai acontecer – “o que os indivíduos crêem que acontecerá. A Satisfação do paciente com uma determinada intervenção está relacionada com a expectativa normativa, se não são satisfeitas as expectativas normativas isso pode levar à insatisfação.”
4. *Expectativas vagas ou sem uma ideia pré-concebida* sobre uma situação ou intervenção – “*resultam de um não conhecimento, de não se querer ou se ser incapaz de o expressar. Por exemplo, um indivíduo pode não ter nenhuma experiência anterior com uma situação sobre a qual se forma uma expectativa de um resultado correspondente*”. Além disso, algumas acções podem ser habituais e não exigem pensamento consciente ou expectativa subsequente.

Bialosky *et al.* (2010) referem a existência de diversos problemas relativamente à compreensão actual de expectativa: a) falta de consenso sobre padronização da definição de expectativa; b) variedade de ferramentas de medição, com muita falta de validação; c) variabilidade metodológica nos estudos actuais de expectativa com implicações para a comparação dos resultados entre diferentes estudos e, sua generalização d) a literatura até à data ter-se concentrado principalmente nas expectativas preditivas, sem análise de outras categorias e de como podem influenciar os resultado; e) serem necessários mais estudos demonstrando mudanças em resposta à manipulação experimental; f) factores psicológicos como medo, catastrofização e depressão podem influenciar os resultados clínicos ao interagirem ao nível das expectativas.

Dado que actualmente, a medição da expectativa não se realiza de uma forma padronizada, não esclarecer totalmente o conceito de expectativa pode levar a confusão a respeito dos métodos de medição e das numerosas abordagens de medição.

### **Expectativa versus Resposta Psicossomática**

Embora não fossem encontradas referências na literatura que relacionem expectativa e patologia respiratória aguda infantil, Flood *et al.* cit. por Bialosky *et al.* (2010) sugeriram que a expectativa pode alterar a dor músculo-esquelética por cinco vias: (1) promoção de uma resposta fisiológica, (2) aumento da motivação para participar num programa de reabilitação (3), condicionamento de um indivíduo para se focalizar em aspectos específicos da doença, ignorando outros (4), alterando o nível de compreensão do paciente acerca do seu problema, e (5) uma acção mediadora da ansiedade, que diminuirá ou aliviará a dor.

#### ***Resposta fisiológica***

Segundo Bialosky *et al.*, (2010), vários estudos sugerem mecanismos neurofisiológicos muito específicos relacionados com a expectativa, tanto ao nível da medula como das estruturas supra-espinhais.

#### ***Aumento da motivação***

Resultados relacionados com a dor em condições músculo-esqueléticas (como uma diminuição da dor e melhoria da função) podem beneficiar da expectativa preditiva de recompensa. O potencial de recompensa ou activação fisiológica pode promover a participação e uma melhor adesão no programa de tratamento, em indivíduos com dor músculo-esquelética, levando a melhores resultados clínicos.

#### ***Focalização num aspecto específico da Condição Clínica***

A expectativa também pode condicionar a concentração em aspectos específicos da condição e a ignorância de outros: A expectativa pode não alterar directamente os resultados relacionados com a doença, mas sim mudar a percepção individual dos resultados, com um enfoque mais positivo, que corresponderá a uma visão mais optimista.

### ***Mudança na compreensão da doença***

A expectativa pode influenciar os resultados conforme o nível de conhecimentos do utente. O nível de instrução associado ao conhecimento condiciona os resultados através da interpretação que o utente faz do seu problema. Por exemplo, o modelo medo-evitamento da lombalgia sugere que os indivíduos que enfrentam a sua dor lombar com a actividade terão melhores resultados que os indivíduos que evitam a actividade devido ao receio de lesão ou que o movimento acentue a dor.

O paciente pode ter expectativas de previsão negativas para a eficácia da fisioterapia, com uma correspondente diminuição dos resultados clínicos. Intervenções direccionadas à minimização do medo da dor ou de adequação de estratégias podem aumentar as expectativas de previsão de melhoria, correspondendo a um potencial de melhoria dos resultados clínicos e da adesão/participação,

### ***Mediação da Ansiedade***

A ansiedade está associada a resultados clínicos. A literatura dá como exemplo a dor, mas o mesmo sucede com o broncoespasmo. Podem alterar-se os resultados clínicos, através da mediação da ansiedade.

### **Expectativa no processo de tomada de decisão clínica**

Bialosky *et al.* (2010) sugerem que os resultados das intervenções para a dor músculo-esquelética podem estar mais dependentes da expectativa para essa intervenção, do que a própria intervenção. A expectativa é pois um mediador de resultados clínicos, como já se referiu em “Expectativa *versus* Resposta Psicossomática”, que os fisioterapeutas frequentemente não levam em conta na prática clínica. Uma relação entre expectativas e resultados clínicos poderá eventualmente existir noutras condições nomeadamente, na bronquiolite para indicadores como broncoespasmo e retorno da criança ao seu ambiente.

Há autores que defendem que a expectativa pode ser medida com facilidade e rapidez na clínica e, uma atenção perspicaz à expectativa pode maximizar os efeitos do tratamento (Bialosky *et al.*, 2010).



Antes de qualquer decisão na escolha referente a intervenção, há que considerar factores que são contra-indicados e que podem influenciar a tomada de decisão, embora a expectativa do utente vá nessa direcção. Quando estes não existem, se a expectativa de benefícios por parte do indivíduo para uma determinada intervenção, confrontada com intervenções concorrentes é apoiada pela literatura como eficaz, deverá ser considerada no processo de tomada de decisão clínica. Além disso, intervenções sem grau de evidência forte também podem ser justificadas, se o grau de expectativas for elevado.

Para além do valor de prognóstico, os clínicos podem ser capazes de melhorar os resultados através da manipulação de expectativas relacionadas com processo de recuperação. O colocar em evidência a eficácia de uma intervenção aumenta o potencial de melhoria que poderá ser obtido. Os autores referem que não defendem a fraude, pois essa abordagem pode levantar questões éticas. E, que a sua intervenção apenas apoia a promoção de expectativas positivas: (1) a intenção de maximizar a expectativa é para ajudar o paciente, (2) a literatura sugere que a analgesia relacionada com a expectativa pode ser reforçada com ensino positivo, e (3) a informação não deve ser enganosa e a instrução para melhorar a expectativa deve ser acompanhada de uma intervenção suportada pela evidência.

Os clínicos também devem estar atentos quando um paciente tem expectativas irrealistas de recuperação. Por esse motivo, o fisioterapeuta deve estabelecer um referencial orientador para as expectativas. Sugere-se que os fisioterapeutas determinem em primeiro lugar o referencial de base para educar e direccionar o indivíduo para expectativas realistas e, em seguida, se adequar a informação, para que, em conjunto com o tratamento a probabilidade de alcançar os resultados esperados seja elevada.

Finalmente, o fisioterapeuta deverá querer distinguir expectativas *idealistas* de expectativas *preditivas*. Estas construções podem ser diferenciadas de forma fácil e rápida, usando a escala de medida (com base no pensamento individual) para resposta às questões “o que poderá acontecer” (expectativa *preditiva*) e o que “ele ou ela queria que acontecesse” (expectativa *idealista*). A existência de expectativas idealistas implicará a necessidade em recorrer a intervenções educativas junto dos pacientes, sobre os resultados prováveis de uma intervenção. Esta diferenciação permitirá ao

fisioterapeuta orientar o paciente, para que este atinja os objectivos clinicamente viáveis. A discrepância entre as expectativas preditivas e resultados esperados podem levar a um uso contínuo de cuidados de saúde pelos pacientes e, subsequente ao aumento dos custos dos cuidados de saúde.

### **Processo de construção de expectativas**

A expectativa pode ser influenciada por uma série de factores individuais como género, nível de escolaridade, idade, raça, factores psicológicos (por exemplo medo, *coping*/capacidade de superar ou lidar, depressão, stress emocional), a acuidade da dor, e situação conjugal. O nível de associação entre a expectativa e factores individuais é variável. As expectativas são também influenciadas por experiências individuais e crenças em relação ao tratamento.

Anonymous (Srp Arh Celok Lek, 2011) referem que o medo de asfixia ou de crises recorrentes é comum nos pacientes com asma brônquica. Os resultados deste estudo poderão conduzir à hipótese de uma preocupação semelhante e intuitiva por parte dos pais de bebés com patologia respiratória.

Whitehead e Dalgren citados por Loureiro e Miranda (2010) referem outros factores como o nível e duração da exposição a pressões psicológicas, a capacidade de controlo das situações e a recompensa associada ao esforço.

- O Modelo de Autoregulação de Leventhal (MA), explicativo do modo de cognição e representação da doença por parte do indivíduo, teoriza que o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através de duas vias: 1) Percepção de sintomas; 2) Recepção de mensagens sociais. Em resposta a esta fase de confrontação surgem dois tipos de representações: representação cognitiva da doença e representação emocional (medo, ansiedade, depressão). Leventhal também apontou alguns dos determinantes das cognições de doença (Telles-Correia *et al.*, 2007:75):
- 1º - *Contexto cultural/social: a linguagem utilizada nos vários contextos culturais, sociais ou profissionais pode sugerir diferentes significados para a doença;*
- 2º - *Organização dos Serviços de Saúde;*

➤ 3º - *Experiência anterior com episódios de doença.*

A percepção da vulnerabilidade às ameaças à sua saúde, condiciona o indivíduo a acreditar ou não, na eficácia das acções tendentes à melhoria da sua saúde. A partir dessas crenças é possível predizer diferentes comportamentos (Couto, 1998).

Para compreender os factores que poderão contribuir para a construção das expectativas dos pais que recorrem à fisioterapia respiratória, efectuou-se uma breve revisão da literatura, focalizada nas crenças em saúde.

A crença define-se como “*atitude de espírito que admite, em grau variável (certeza, convicção, opinião), uma coisa como verdadeira*” (Infopédia, 2011). Segundo Conner e Norman, (cit. por Couto 1998:5) “*o Modelo de Crenças em Saúde desenvolvido por Becker na década de 70, postula que uma decisão de um indivíduo com vista a ter um comportamento saudável é determinada por quatro variáveis: a) Percepção da Susceptibilidade a determinada doença; b) Percepção da gravidade dessa doença; c) Percepção dos benefícios de determinadas acções; d) Percepção das barreiras a essas acções*”.

Philipps *et al.* e Bishop, cit. por Couto (1998) referem que estas percepções podem ser influenciadas por factores modificadores, constituídos por três tipos de variáveis:

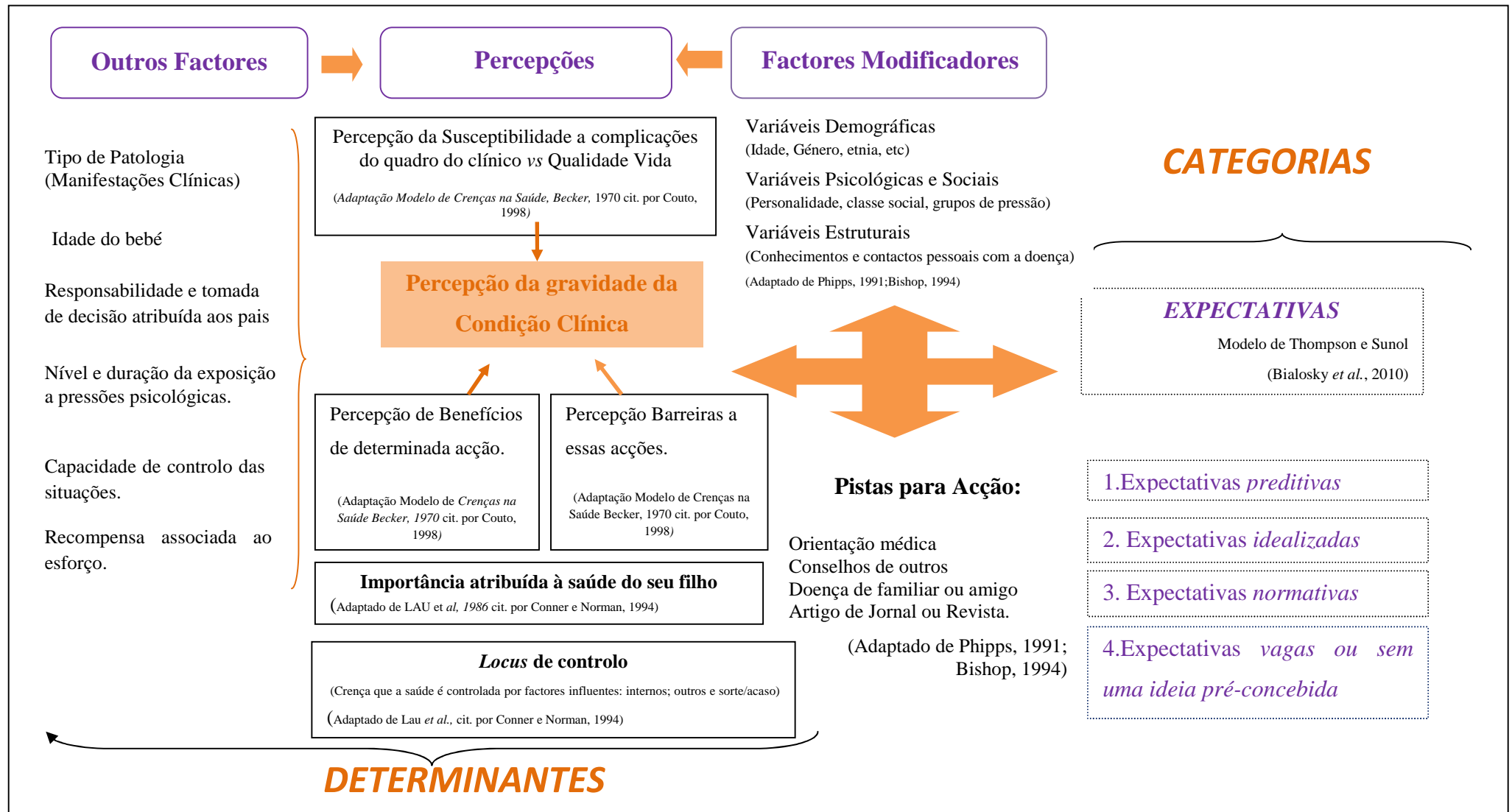
- Variáveis demográficas - que incluem, idade, género, raça, etnia;
- Variáveis psico-sociais – personalidade, classe social, grupos de pressão
- Variáveis estruturais – conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma.

A probabilidade de ser desencadeada uma acção em prol da sua saúde dependerá da percepção que o indivíduo tem diversos factores que caracterizam a sua doença (Couto, 1998):

- Susceptibilidade e gravidade percebidas da doença.
- Benefícios percebidos da acção e, se estes superam as barreiras percebidas dessa mesma acção.

- Factores desencadeantes externos, que Phipps *et al.* e Bishop, cit. por Couto (1998) chamam de “pistas”, de que são exemplos as referências médicas, conselhos de amigos, doença de familiar, televisão e campanhas da imprensa.

## 6. MAPA CONCEPTUAL



## 7. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

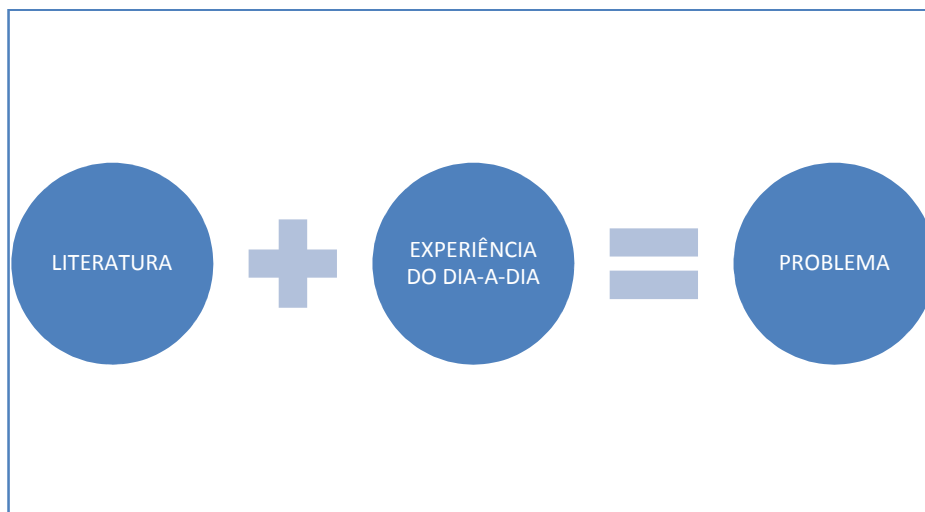


Figura 2 - Modelo explicativo que enquadra o problema entre causas e consequências. Adaptado de Abrantes et al. (1989).

### Questões de investigação

*Core Standards of Physical Therapy Practice*, são já desde 1995 uma referência mundial para a Fisioterapia, com versão adaptada para Portugal, desde 2002: “*Padrões de Prática Clínica*” (Amado *et al.*, 2005). Estes procuram orientar os fisioterapeutas para uma prática de excelência, conciliando a evidência científica com uma necessidade de adequação clínica às necessidades dos utentes. Com a introdução do conceito de expectativa e de um modelo que perspectiva a hipótese de alcançar uma melhoria significativa dos resultados clínicos, com base numa relação directa entre expectativas e indicadores (tanto directos como indirectos), alargam-se as possibilidades de intervenção do fisioterapeuta no sentido de alcançar ainda melhores resultados. As expectativas representam um potencial de melhoria – um valor de prognóstico, que pode ultrapassar o tipo de tratamento realizado. A modelação da expectativa, sugere um efeito causal dessa expectativa sobre os resultados clínicos, que podendo ser manipulada pelo fisioterapeuta permitirá alcançar resultados clínicos superiores ao modelo de intervenção.

*Que tipo de expectativas têm os pais no início do tratamento de fisioterapia respiratória Infantil?*

*Que tipo de expectativas têm os pais antes e após o tratamento de fisioterapia respiratória?*

*Qual o processo que modela a construção dessas expectativas?*

*Como é que expectativa influencia a adesão dos pais à fisioterapia respiratória infantil?*

### **Objectivos gerais**

1. Categorizar as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil, no início e final do tratamento, de acordo com o modelo teórico de referência (Thompson e Sunol, cit. por Bialosky *et al.*, 2010).
2. Contribuir para a compreensão do processo de construção destas expectativas.
3. Caracterizar a importância atribuída pelos pais à fisioterapia respiratória infantil, enquanto modelo de tratamento na patologia respiratória aguda.

### **Objectivos específicos**

1. Categorizar o tipo de expectativas dos pais no início do tratamento de fisioterapia respiratória infantil.
2. Descrever os factores que contribuem para a estruturação mental das crenças e as percepções, associadas à fisioterapia respiratória infantil antes do tratamento.
3. Categorizar o tipo de expectativas dos pais no final do tratamento de fisioterapia respiratória infantil.
4. Comparar as expectativas dos pais antes e depois do tratamento de fisioterapia respiratória infantil e identificar factores modificadores.
5. Relacionar as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil, com a adesão ao tratamento.

## SECÇÃO 2 - MATERIAL E MÉTODOS

### 1. DELINEAMENTO DO ESTUDO/ABORDAGEM DA INVESTIGAÇÃO

Como não foram encontrados outros estudos sobre expectativas construídas pelos pais de crianças com patologia respiratória aguda, relativamente à fisioterapia respiratória infantil, que permitissem quer replicar uma metodologia quantitativa, quer disponibilizar dados suficientes para a elaboração de um questionário, optou-se por realizar um estudo qualitativo.

Trata-se de um estudo de carácter descritivo e exploratório (Flick, 2006), através do qual o investigador procurou identificar o tipo de expectativas percepcionadas antes e após o tratamento de fisioterapia respiratória, de acordo com o modelo de *expectativas* de Thompson e Sunol (1995) cit. por Bialosky *et al.*, (2010) e, como são construídas; retrospectivo, porque será pedido aos pais que caracterizem as suas expectativas antes e após o tratamento de fisioterapia respiratória infantil.

A técnica principal de recolha de dados foi o grupo focal, por ser um tema difícil de observar (por incluir atitudes e tomadas de decisão) e, se pretender “*recolher um conjunto de observações concentradas num curto espaço de tempo*” (Cohen; Crabtree, 2006). Estas características vão igualmente ao encontro do que Gondim (2002:4) salienta como características dos grupos focais exploratórios: “*centrados na produção de conteúdos; orientação teórica está voltada para a geração de hipóteses, desenvolvimento de modelos e teorias, enquanto a prática tem como alvo a produção de novas ideias; a identificação das necessidades e expectativas*”. Trad citando Gaskell, (2009: 789) afirma que “*não há consenso na literatura sobre as condições específicas em que um ou outro [a técnica de entrevista individual ou de grupos focais] é mais eficaz*”, salientando que num estudo os resultados encontrados através dos grupos focais foram coincidentes com os obtidos através de entrevistas individuais, ressaltando o alto grau de sensibilidade demonstrado pela técnica de pesquisa grupo focal. Flick (2006:191) valoriza o grupo focal em detrimento da entrevista individual e para o justificar cita Pollock, que refere *que se deverá evitar o estudo de atitudes, opiniões e práticas humanas, num contexto artificial*, salientando que as discussões em grupo



correspondem a circunstâncias em que as opiniões se produzem e são expressas e trocadas na vida quotidiana.

## **2. POPULAÇÃO EM ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E DE ABANDONO.**

*“O grupo focal é caracterizado por homogeneidade, mas com suficientes variações entre os participantes, para permitir opiniões diferentes (...) A homogeneidade implica que os participantes se relacionam com o propósito do estudo e que haverá características comuns entre os participantes.”*

*Krueger et Casey, 2000:71-72*

### **Amostra em estudo**

18 Pais das crianças com patologia respiratória em fase aguda, direccionadas para a fisioterapia respiratória: a) no domicílio; b) em situação de ambulatório em regime privado e c) regime de internamento e/ou ambulatório em unidade hospitalar) e, que cumprissem os critérios de inclusão/exclusão, definidos para o estudo. E, distribuídos por 5 grupos de discussão.

### **CrITÉrios de inclusão**

Foram incluídos no estudo pai e/ou mãe respeitando as seguintes condições:

- A criança ter tido pelo menos um episódio de patologia respiratória aguda e, ter recorrido à fisioterapia respiratória.
- Os pais terem participado no estudo piloto.
- Ser incluído em cada grupo de discussão apenas um dos pais, dado que a literatura recomenda que os membros do grupo focal não se devem conhecer ou tenham algum tipo de vínculo, para facilitar a liberdade de expressão e opinião.
- O/a participante ter assistido a pelo menos uma sessão de tratamento, o que significará *“ter convivido com o assunto a ser discutido, conhecendo os factores que afectam os dados mais pertinentes desta problemática”* (Barbour e Kizinger, cit por Trad, 2009: 783).
- Consentimento livre e informado do próprio em participar no estudo e, em permitir a gravação em áudio e/ou vídeo dos seus depoimentos (Apêndice 3).

### **CrITÉrios de exclusão**

Foram excluídos do estudo:

- Pai e/ou mãe que não cumprissem os critérios de inclusão.
- Avós ou outros acompanhantes da criança ao tratamento.
- Pai/mãe de crianças com patologia neurológica associada.
- Pai/mãe de crianças com patologia respiratória, que realizaram a fisioterapia respiratória sem que estivessem em fase aguda (de carácter preventivo ou como correcção postural).

### **CrITÉrios de abandono**

- Pais que faltassem à discussão do grupo focal.
- Pais que não assistissem à discussão do grupo focal na íntegra.

## **3. MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS**

Como já foi referido, utilizou-se uma metodologia qualitativa com realização de grupos focais como técnica principal de recolha de dados. Esta permitiu compreender quais as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória, resultantes da exploração de percepções, perspectivas e atitudes. Proporcionou ainda acesso a comparações que os participantes fizeram das suas experiências, um valioso contributo para um conhecimento da diversidade de experiências sobre o tema. Foi ainda aplicado um questionário de caracterização dos participantes (Apêndice 2).

### **Guião dos grupos focais**

O guião (Apêndice 1) é um instrumento, construído com base nos objectivos definidos para o estudo, que funcionou como uma *check list*, facilitando a interacção (discussão de ideias) entre os participantes, e a partir do qual o investigador fez a recolha de dados.

No decorrer do grupo piloto testaram-se as questões, de acordo com as sugestões de Krueger et Casey (2000): a) Se para o moderador a questão é simples de perguntar b) Se a questão não é confusa para os participantes e, c) Se as perguntas são consistentes, para que não aconteça variarem de grupo para grupo, perdendo a capacidade de serem

comparadas, impedindo que os padrões emergjam da recolha de dados. Não se identificou a necessidade de considerar tópicos adicionais aos incluídos no guião da entrevista, nem se julgou necessário mudar a ordem das questões.

O guião contém poucos itens para uma maior flexibilidade na condução dos grupos focais e existe abertura para temas não previstos, mas relevantes. Foi estruturado de modo a que as primeiras questões fossem mais gerais e mais fáceis de responder, visando incentivar a participação de todos (Trad, 2009):

- ✓ Tipo de expectativas no início e final do tratamento.
- ✓ Percepção dos benefícios da fisioterapia respiratória infantil (existente no início e no final do tratamento).
- ✓ Percepção das Barreiras ao tratamento de fisioterapia respiratória infantil.

Sucessivamente foram introduzidos tópicos mais específicos e sensíveis:

- ✓ Importância atribuída à saúde do seu filho.
- ✓ Locus de controlo - Crença que a saúde é controlada por factores influentes: internos; outros e sorte/acaso (Conner e Norman, cit. por Couto, 1998:7)
- ✓ Variáveis Estruturais - Conhecimentos e contactos pessoais com a doença (Phipps et al., cit. por Couto, 1998:6)
- ✓ Pistas para a acção (médico prescreveu/explicou as técnicas/ fez referência a resultados; conselhos de amigos; contacto com outros casos de familiares ou amigos; pesquisa na internet ou de artigos da especialidade).
- ✓ Expectativas e adesão ao tratamento.

As discussões foram conduzidas pela investigadora, visando “proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes (Trad, 2009: 780) sobre o que se definiu como foco do estudo.

## **Questionário**

Trad (2009:788) aconselha a que o tempo do grupo seja utilizado para *questões mais complexas, valorizando as dimensões simbólicas e/ou subjectivas*, por isso optou-se pela construção de um questionário (Apêndice 2), passado a cada participante, para incorporar questões individuais e objectivas.

Foram caracterizadas as seguintes variáveis: A) Estratificação/Modelo de tratamento, B) Caracterização das crianças, C) Caracterização da condição inicial (Rudan *et al.*, 2004:897), D) Caracterização da condição final (Rudan *et al.*, 2004:897), E) Critério de alta, F) Caracterização da evolução da condição clínica, G) Caracterização socioeconómica dos pais, H) Caracterização das *pistas para a acção* (Phipps e Bishop cit. por Couto 1998:6) (Apêndice 4).

Estes dados adicionais serviram para caracterizar com mais detalhe os participantes, confirmando o perfil dos participantes em cada grupo focal.

#### **4. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO**

O planeamento e a implementação dos grupos focais foram determinados pela necessidade de recolher os dados num período já por si reduzido, imposto pelo prazo do próprio trabalho, com o agravamento de se realizar num período habitual de férias, em que se supunha mais difícil conjugar diferentes disponibilidades (participantes e moderadores). Envolveu: a) selecção dos participantes a) recrutamento dos participantes e segmentação dos grupos; b) escolha dos moderadores e colaboradores; c) organização de recursos técnicos para a gravação das sessões; d) selecção do local adequado (Apêndice 5 )

##### **Seleccção dos participantes**

A selecção dos participantes foi feita por conveniência, utilizando listagens pré-existente, referidas na literatura como uma possível “*estratégia de recrutamento de participantes (...) rápida e económica*” (Krueger *et Casey*, 2000:75). Inicialmente foram convidados a participar todos os pais de crianças que efectuaram fisioterapia respiratória com o investigador entre Outubro de 2010 e Abril de 2011 (cujos dados de contacto estavam acessíveis). Depois, em virtude da dificuldade em conjugar disponibilidades entre pais, dos resultados do grupo piloto e, de acordo com as recomendações de Iervolino e Pelicioni (2001) para convidar cerca de 20% a mais de pessoas do que realmente se preveja como necessário para a condução de cada grupo focal (para se prevenir ausências inesperadas de participantes), foram também contactados outros pais cujas crianças foram tratadas por uma fisioterapeuta que trabalha na equipa da investigadora.

Recorreu-se ainda ao que a literatura refere como *informadores-chave* (fisioterapeutas de um hospital público pediátrico), para recrutamento de participantes que tenham recorrido a fisioterapia respiratória com e/ou sem internamento, em ambiente hospital, para que seja abrangida uma maior variabilidade de características (Iervolino; Pelicioni, 2001:117).

### **Recrutamento dos participantes e segmentação dos grupos**

Do processo de recrutamento (Apêndice 5) resultaram 35 potenciais participantes: 10 para o grupo piloto e 25 para os restantes grupos de discussão.

A Segmentação dos grupos envolveu 2 formas de procedimento, uma para o grupo piloto e outra para os restantes grupos:

Grupo piloto - Foram convidados a participar todos os que mostraram disponibilidade, por haver apenas 5 potenciais participantes.

Grupos 1, 2, 3, 4 – Método aleatório de acordo com a escolha individual de cada pai/mãe, relativamente à calendarização pré-estabelecida para as discussões (1 das 6 datas inicialmente propostas pelo investigador, reduzidas posteriormente às 4 mais preteridas. Este método de aleatorização é justificado por ser um estudo de carácter exploratório, pelo número de potenciais participantes não ser elevado, haver necessidade de garantir a possibilidade de comparar os relatos entre grupos e, garantir o máximo de adesão ao grupo focal.

Constituiu-se um total de 5 grupos (sendo um deles o grupo piloto visto não terem sido introduzidas alterações significativas ao guião), respeitando a quantidade de grupos aconselhada pela literatura: “*variar de um mínimo de 3 a 4 grupos, até 10 a 12 grupos no máximo*, número relacionado com o objectivo desta técnica, que “*é apenas o relato de cada segmento*” (quais as expectativas face à fisioterapia respiratória) “*e, não obter uma representação quantitativa*” (Tanaka; Melo, 2001: anexo 2). Em concordância com o que refere Tanaka (2001: anexo 2): cada grupo teve “*uma composição homogénea, preservando certas características heterogéneas - um balanço entre uniformidade e diversidade*”, tais como o modelo de tratamento, o género (progenitor), experiências anteriores e paridade (criança). Os estudos referem um

número de participantes entre 6 e 10 (Iervolino e Pelicioni, 2001; Cohen e Crabtree, 2006), mas Morgan cit. por Trad (2009) menciona haver razões para os grupos serem ligeiramente menores ou maiores. Um dos grupos, dada a ausência não esperada dos restantes pais esperados, apenas teve como participantes 2 mães.

Participaram no estudo 18 pais, distribuídos por 5 grupos focais (Figura 3) de uma lista inicial de 35 participantes, o que correspondeu a 51,4 % do total.

A baixa adesão foi na generalidade justificada pelos pais como “*não terem ninguém que tomasse conta das crianças no decorrer do estudo*” (o que incluía também irmãos), ser ainda em período de férias e/ou não haver disponibilidade para as datas propostas para o fim-de-semana por incompatibilidade com agendamentos anteriores.

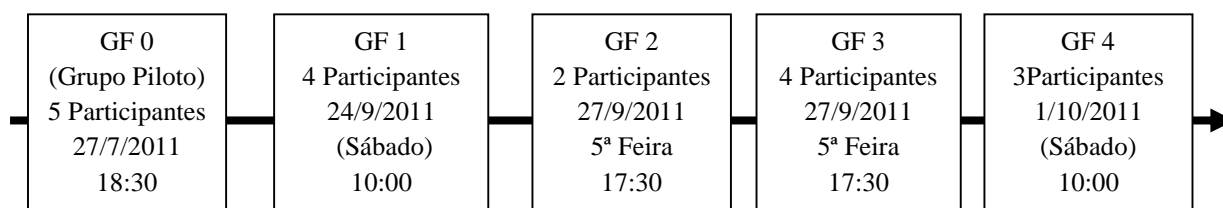


Figura 3 - Grupos Focais em estudo.

### ***Moderação***

Todas as discussões foram moderadas pelo investigador, que teve ainda como função “*o registo de linguagem não verbal dos participantes, como por exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação*” (Neto et al., 2002:7), *o contexto das falas e o clima da discussão* (Tanaka; Melo, 2001: anexo 2).

### ***Organização de recursos técnicos para a gravação e transcrição das sessões***

Os recursos técnicos usados no decorrer da gravação foram: 1 Gravador de áudio e computador portátil; Blocos de notas; Canetas.

Para a transcrição usou-se o programa informático – *Digital Voice Editor. Versão 2.4*, para amplificação do volume, marcação das paragens e controlo da velocidade das falas.

### ***Seleção do local adequado***

Foi possível disponibilizar um espaço no IHMT com todos os requisitos referidos pela literatura: neutro, central, confortável, protegido de ruído e interrupções externas (Cohen e Crabtree, 2006), visando garantir o clima confortável para a troca de experiências e impressões.

## 5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição integral das gravações, a recolha e organização dos dados efectuou-se segundo as etapas descritas por Tanaka e Melo (2001: anexo 2) e Ressel *et al.* (2008:782 -783): 1) leitura exhaustiva dos depoimentos, seguida de elaboração de um plano de falas para identificação e apresentação das ideias expressas durante o grupo focal; 2) indexação dos dados (ordenação e categorização) (Apêndice 7); 3) análise e extracção de tudo o que for relevante para ser associado com o tema ou categoria (Apêndice 8).

Os procedimentos para a análise dos dados foram a análise de conteúdo “*temática e transversal*”. Para a “*análise temática*” foi utilizada como “*grelha de análise*” o conjunto das questões orientadoras do guião, que “*remeteram para variáveis, das quais resultaram as dimensões analisadas*”. (Apêndice 7 e 8). Na *análise transversal* “*as entrevistas foram recortadas em redor de cada tema objecto (...) tudo o que foi afirmado acerca de cada objecto preciso*” no decorrer dos grupos focais, foi transcrito para uma tabela, fosse qual fosse o momento em que a afirmação tivesse tido lugar (Bardin, 1988:66). (Apêndice 9)

Os resultados obtidos foram discutidos e comparados com a literatura, em aproximação ao referencial teórico defendido, procurando identificar tendências e padrões de respostas associadas com o tema e objectivos do estudo (Morgan, WHO e Gaskell, cit. por Trad, 2002:789): Expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória.

Uma vez que os dados recolhidos pelo questionário apenas servem para caracterização dos participantes dos grupos focais, recorreu-se a uma análise descritiva simples para o qual se utilizaram algumas medidas de tendência central e de distribuição (Aguar, 2007).

## **6. QUESTÕES ÉTICAS**

O desejo de participação no estudo foi formalizado através de um *Termo de Consentimento Livre e Informado* (Apêndice 3), autorizando a recolha de gravações, filmagens e utilização dos depoimentos para o trabalho de investigação, com a garantia de sigilo do material obtido e que a sua utilização se fará apenas para fins de investigação. Será assinado pelos participantes, como garantia dos seguintes direitos: (1) Solicitação, a qualquer tempo, de maiores esclarecimentos sobre o estudo; (2) sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; (3) ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido; (5) desistir, a qualquer momento, de participar no estudo.

Foi ainda requerida autorização para uso dos espaços necessários à realização dos grupos focais no IHMT.

## **7. CONFLITO DE INTERESSES**

Dado que o investigador foi também ele próprio um dos prestadores de cuidados de saúde como fisioterapeuta ao grupo em estudo, julgou-se importante que tanto os instrumentos como a orientação do grupo focal e análise de conteúdo sejam independentes e objectivas. Tal, significa que se outra pessoa realizasse este estudo, chegaria a resultados semelhantes.



## SECÇÃO 3 - RESULTADOS

Os resultados serão apresentados com base na análise dos dados colhidos no decorrer dos grupos focais e, categorizados segundo o modelo teórico de referência. Caracterizar-se-á ainda o perfil dos participantes a partir de dados colhidos num questionário (Apêndice 2).

A caracterização do perfil dos participantes no grupo focal dividiu-se *caracterização geral do grupo focal*, englobando todas as variáveis analisadas: modelo de tratamento, caracterização da criança, clínica inicial, clínica final, evolução da condição clínica e caracterização socioeconómica dos pais; e, em *caracterização socioeconómica* dos participantes por subgrupos, para as variáveis género, idade, número de filhos, profissão, habilitações académicas. Esta caracterização poderá ser consultada em apêndice (Apêndice 10).

### ANÁLISE DOS GRUPOS FOCALIS

A categorização das expectativas realizou-se com recurso a uma adaptação do modelo teórico de Thompson e Sunol (Bialosky et al., 2010).

A análise dos grupos focais centrou-se numa análise de conteúdo “*temática e transversal*”. A análise de conteúdo permite a “*descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas comunicações, tendo com a finalidade a interpretação das mesmas*” (Bardin, 2009, cit por Silva e Assis, 2010:150), como referido no capítulo TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS (p. 32) Na apresentação dos resultados serão colocadas “*citações textuais dos participantes, como modo de ilustração*” (Iervolino et Pelicioni, 2001:119).

Pela dificuldade em eliminar o viés de memória e em conseguir que as respostas fossem coincidentes com o episódio clínico em estudo, a caracterização das expectativas iniciais corresponderá, ao que os pais esperavam quando recorreram pela primeira vez à fisioterapia. Serão referidas expectativas iniciais de pais já com contacto anterior em FRI, sempre que os pais o tenham citado.

## A - Tipo de expectativas dos pais no início do tratamento.

Os dados recolhidos parecem evidenciar uma relação directa as expectativas construídas antes do tratamento e a variável conhecimento sobre a Fisioterapia Respiratória Infantil (FRI).

### 1. Expectativas *preditivas*<sup>5</sup> iniciais

As expectativas *preditivas* são praticamente inexistentes no início do tratamento. Os pais que referem esperar resultados, fazem-no de modo geral de forma imprecisa e, por esse motivo o tipo de expectativas que é referido, aproxima-se mais quer do tipo de expectativas *idealizadas*, quer do tipo *vago*, surgindo como um desejo genérico de melhoria, de redução dos sintomas:

*“Melhorar o estado do meu filho, melhorar as noites para que ele dormisse melhor, diminuísse a tosse (GP)*

*“Soltar secreções acumuladas como uma cola” (G2)*

Num dos grupos não foi feita qualquer referência a expectativas *preditivas*. Esta escassez de expectativas *preditivas*, parece associar-se a falta de informação sobre a eficácia da técnica, resultados clínicos e o tempo necessário para os alcançar.

Na generalidade dos casos o primeiro contacto com a FRI surge por indicação médica. Mas, é uma indicação que embora aponte para eficácia é pouco precisa, em muitos casos, meramente prescritiva, onde eventualmente poderá ser referido o número de sessões, por se tratar de uma formalidade exigida pela companhia de seguros ou subsistema de comparticipação.

---

<sup>5</sup> Segundo o modelo de referência, as expectativas *preditivas* focam-se em “*medidas/valores predictivos relacionados com resultados clínicos*” (Bialosky *et al.*, 2010:1346).

*“A pediatra referiu que os resultados são logo imediatos mas, a mensagem que passava era sempre o resultado final da sessão. Nunca explicou como a sessão é feita. Nunca entrou em detalhes técnicos.” (G1)*

*“ O Pediatra explicou de uma forma muito sucinta em que consistia (...) depois a fisioterapeuta antes de começar explicou o que ia fazer.” (GP)*

A falta de informação relativa ao prognóstico poderá relacionar-se em parte com a necessidade de uma avaliação por meios complementares de diagnóstico (RX). Numa citação de uma mãe parece haver a crença de que os próprios médicos desconhecem *“medidas preditivas de resultados”* (Bialosky et al., 2010).

*“Relativamente à duração não se sabia na altura. Era dependente de como ela reagisse. O fim do tratamento foi após reavaliação. Após novo RX, nova auscultação, é que se decidiu o fim das sessões.” (G2)*

*“Eles próprios acho que não sabem, cada caso é um caso.” (GP)*

Foram consideradas relevantes para este trabalho, quatro referências (citadas por 3 casos) categorizadas como expectativas preditivas, por estarem em concordância com o que a literatura define como resultados esperados para este tipo de abordagem terapêutica:

- Diagnóstico em fisioterapia e identificação de necessidades de exames complementares/consulta médica (Postiaux, 2006);
- Educação para a saúde (Toelle et Ram, 2004; Bhogal et al., 2006);
- Resultados clínicos e funcionais esperados (Wolf et al, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002);
- Prognóstico do número de sessões necessárias para alcançar resultados (Postiaux, 2006).

Realça-se o facto de 2 destes 3 casos, corresponderem a pais com um perfil também de excepção: experiência anterior em FRI e uma proximidade profissional ou pessoal com uma fonte de informação clínica:

### **Caso 1 - Diagnóstico em fisioterapia e educação para a saúde**

*“Eu fui pedir apoio ao fisioterapeuta para saber se ele via aquilo que eu via [para esclarecer significado/gravidade de alguns sinais clínicos], antes de se fazer os RX.” (G4)*

*“Colaboração em exercícios que podiam ajudar a respirar melhor, a sentir-se melhor (...) o que não era conseguido em casa ” (G4)*

**Perfil:** Mãe já com experiência anterior, profissional de saúde, que esperava orientações por parte do fisioterapeuta, numa vertente de diagnóstico em fisioterapia e educação para a saúde.

### **Caso 2 - Resultados Clínicos e funcionais**

*“E a ideia foi ir ver se passava a tosse, a farfalheira e a dificuldade na respiração (...) Gostava que corresse e brincasse livremente sem começar logo a tossir e com falta de ar; e não se deitasse a tossir e acordasse ½ hora depois cheio de expectoração e com dificuldade respiratória” (G4)*

**Perfil:** Mãe (filha de médico), educadora, sem experiência anterior, referiu esperar resultados concretos relacionados com resultados (clínicos e funcionais).

### **Caso 3 - Caso 3 - Nº de Sessões**

*“No meu caso disse 2 ou 3 sessões! Voltaria a auscultar e se fosse necessário recorriamos a mais.” (G3)*

**Perfil:** Mãe a quem foi dado um prognóstico: 2 a 3 sessões:

Também se verificou que a percepção dos resultados por parte de pais, não se limita à avaliação ou monitorização de indicadores clínicos ou de qualidade de vida. Foi ainda referido como indicador o comportamento da criança no decorrer da sessão de tratamento, com base na crença de que só haverá resultados se a criança manifestar sinais de desconforto, como o choro intenso e uma tentativa de fuga (“espernear”):

*“A criança não sofreu muito. Lembro-me que eu estive nesse tratamento e não achei que ela chorasse muito, achei até muito suave. E, a minha cunhada disse que se ela não chorou e não esperneou aquilo não funcionou!” (G3)*

Este tipo de construção mental (face a indicadores incorrectos e a referenciais desajustados), poderá desvalorizar os efeitos da fisioterapia, contribuindo para o abandono do tratamento ou, em situações posteriores, aquele fisioterapeuta deixar de ser opção de escolha.

Nos casos de expectativas preditivas iniciais elevadas, se o valor preditivo for superior ao percebido: “a criança saiu de lá (para mim) mais entupida do que estava” (sic), a satisfação poderá ficar comprometida e, levar ao abandono do tratamento, ou haver necessidade de encontrar outro prestador de cuidados.

*Fez uma vez e não lhe voltou a tocar! Esta nunca mais! Para além de ser extremamente agressiva em termos de manipulação (pelo menos foi isso que eu achei), a criança saiu de lá (para mim) mais entupida do que estava, porque foi só enfiar soro lá para dentro e nada saia...(GP)*

## **2. Expectativas *idealizadas*<sup>6</sup> iniciais**

Esta é a categoria de expectativas mais citada, nos discursos dos pais sem contacto com a fisioterapia respiratória infantil.

Mas, verificou-se que o modelo teórico de referência não incluía citações de receio e impotência, igualmente manifestadas pelos pais no decorrer do estudo. Pela semelhança de se centralizarem no exagero face à realidade, decidiu-se inclui-las na categoria das expectativas *idealizadas*. Assim, colocando a hipótese de uma escala de valores, em que a indiferença manifestada pelos pais corresponde ao valor zero, a categoria de expectativas *idealizadas* dividir-se-á em 2 níveis: Expectativas *idealizadas* positivas - “*construções de desejo e esperança*” (Bialosky *et al.* 2010); Expectativas *idealizadas* negativas – construções de receio ou impotência.

### **2.1. Expectativas *idealizadas* iniciais positivas:**

Esta categoria surge em todos os grupos de uma forma evidente. É referida quer como um desejo de melhoria do quadro clínico, quer como concepção da FRI como uma terapêutica complementar, mais eficaz que as anteriores, e quimicamente menos agressiva quando comparada essencialmente com o antibiótico:

---

<sup>6</sup> São definidas como “o que os indivíduos gostariam que acontecesse” (Bialosky *et al.* 2010:1346).

*“Aquelela necessidade que ela libertasse a expectoração para ajudar a infecção a passar mais depressa e melhor” (GP).*

*“Eu queria mesmo que ela ficasse boa e evitar a questão do antibiótico. Eu vivia pensado nessa possibilidade”(G1).*

*“Tanto ou mais do que tudo o resto (...) tinha confiança na FRI como um dos factores que a ia ajudar a melhorar, que era parte essencial do tratamento (...) era disso que ela estava a precisar” (G2).*

## **2.2. Expectativas Idealizadas iniciais negativas:**

Foram definidas pelo investigador como “o que os indivíduos receiam e crêem que acontecerá”. Resultam de construções falsas ou exageradas, nestes casos de temor e impotência face à técnica de tratamento e, à fragilidade e colaboração das crianças. A sua génese é empírica e pouco esclarecida, parte da transmissão oral (conversas informais).

Como a comunicação do bebé passa essencialmente pelo choro, “fartar-se de chorar” (sic) poderá ser interpretado como correspondente a um grau de sofrimento elevado. Parece ser frequente a troca de informação sobre a experiência em FRI entre pais. Esta fonte é pouco fidedigna, surge associada a emoções e transmite informação (nalguns casos já de forma indirecta), com perda de factos ou é relatada de forma exagerada:

*“Toda a gente dizia: isso é horrível! É bom, mais é horrível porque o bebé se vai fartar de chorar, é muito agressivo e depois parece que o bebé está a olhar para as mães e a pedir tira-me daqui, por favor!” (G1)*

*“Quando se ouve que os põem de cabeça para baixo...” (G2)*

*(...) Eu ia na expectativa de que ia correr mal porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar! (G4)*

A idade e o nível de desenvolvimento da criança estão associados a conceitos como fragilidade e colaboração. Os bebés podem ser vistos como demasiado “pequenos” e as crianças numa fase cognitiva mais desenvolvida, como pouco colaborantes:

*“No meu caso embora já tivesse experiência anterior com outro filho, não me passou pela cabeça, foi a pediatra que indicou. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...! (G3)*

*(...) Eu ia na expectativa de que ia correr mal porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar! (G4)*

As crenças construídas acerca da FRI, que a associam a um “possível trauma psicológico”, revelam a importância de um trabalho articulado entre o médico e o fisioterapeuta, para que seja feito um esclarecimento correcto acerca dos procedimentos técnicos.

*“Pelo menos no meu caso, ela sabe que eu sou um bocado mais...faz-me confusão este tipo de coisas e, então ela é muito calma e tem a preocupação de que as coisas pareçam todas muito naturais e a única coisa que ela dizia era não se preocupe, ele vai ficar muito melhor. Aquilo pode custar um bocadinho mas, depois ele fica ótimo. Os resultados são logo imediatos” (G1)*

*“Eu acho que é extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais, para que também haja da nossa parte algum envolvimento, alguma empatia (G4) ”.*

*“Não falou no recorrer a um técnico, mas disse-nos: - faça-lhe uns aerossóis e depois dê-lhe umas pancadinhas a seguir atrás nas costas. Isto é uma cinesioterapia caseira. (GP)*

### **3. Expectativas *normativas*<sup>7</sup> iniciais**

No decorrer da análise dos dados, imergiram algumas dimensões que indicam o que foi considerado como prioritário (Ammentorp *et al*, 2005), (para os pais que recorrem à FRI) e, o nível de satisfação destes para cada uma dessas dimensões.

As dimensões analisadas foram as seguintes: acesso aos cuidados; presença dos pais no tratamento; protocolo de intervenção clínica para as patologias agudas do foro respiratório infantil; equipamentos e condições técnicas; práticas para a prevenção de infecções nosocomiais; perfil do fisioterapeuta.

---

<sup>7</sup> Esta categoria representa o que se acredita que vai acontecer – “o que os indivíduos crêem que acontecerá” e relacionam-se com “a satisfação do paciente com uma determinada intervenção” (Bialosky *et al*. 2010:1346).

### 3.1. Acesso aos cuidados

O acesso ao tratamento de FRI foi analisado como muito importante. Mas, para a maioria destes pais, não foi considerado satisfatório.

Os pais identificaram uma falha na informação sobre locais que disponibilizassem este tratamento; escassez de locais com FRI; listas de espera perante um cuidado considerado urgente (independentemente do modelo de pagamento); falta de certificação dos locais que disponibilizam este serviço; número excessivo de consultas para formalização do processo (simplificado nos tratamentos domiciliários); falta de regulamentação dos preços; inexistência de quaisquer acordos em algumas unidades privadas (SNS, outros subsistemas de saúde e seguros); e a não comparticipação do tratamento domiciliário por parte de alguns seguros.

Estas barreiras de acesso à FRI, contrariaram as expectativas normativas iniciais de um número muito significativo de pais, tendo fomentado um momento de discussão que mobilizou todos os participantes.

A falta de informação sobre cuidados em fisioterapia ultrapassa o défice de informação sobre locais que disponibilizem este serviço. Há pais que referem desconhecer o modelo de tratamento fisioterapia respiratória infantil.

#### **Acesso aos cuidados – défice de informação relativamente a locais/FRI**

*“Ao início logo foi privado porque eu nem sabia que havia fisioterapia respiratória (desconhecia completamente) e foi o pediatra que me aconselhou e aconselhou-me uma enfermeira até privada! (...) Eu depois como tive que fazer muito, fiz muito comparticipado [ARS]. (GP).*

*“Eu tive de procurar [não me deram nenhum contacto]. Fui à net e procurei tudo o que havia. Procurei particulares, procurei..., procurei tudo! Telefonei para vários sítios! (...) O critério foi o mais rápido”. (G2)*

Mesmo com comparticipação de um seguro de saúde, foi relatado que o acesso aos cuidados implica tempos de espera, para além do que os pais consideravam ser desejável, por não haver vagas ou pela morosidade que acompanha a burocracia. O processo burocrático prolonga-se quando é necessário conjugar agendas: Consulta de pediatria, consulta de fisiatria e fisioterapia. E, complica-se quando é necessário esperar



que a seguradora avalie o processo e só depois, perante a concessão de autorização, a fisioterapia é marcada.

**Acesso aos cuidados – Tempo de espera**

*“Demorou algum tempo a conseguir-se marcar. Tentou-se em vários locais. (...) Tive muita dificuldade em conseguir marcar com a urgência que era necessária. Enfim, fomos correndo vários contactos pelo seguro. E, ...acho que até foi particular!” (G3))*

*“ (...) Era a nível particular [domicílio], perguntei se tinha comparticipação do seguro. Aquilo que me disseram é que teria que ser feita uma prescrição, depois seria analisada e só daqui a uma semana é que me seria dada uma resposta. Ora, eu disse: - “quando a minha filha estiver pior ou tiver sido internada? Assim não valia a pena!” Enviei os papeis e disse: Se quiserem pagar, pagam, se não quiserem não paguem.” (G4)*

O preço dos tratamentos é referido com frequência como barreira de acesso. Os preços praticados a nível privado são considerados elevados e o número de sessões necessárias é variável consoante vários factores: a idade da criança; se a condição clínica é crónica ou aguda (por exemplo, asma ou bronquiolite); se os objectivos são de prevenção ou tratamento; do local onde é realizado; a prescrição ser passada pelo pediatra ou pelo fisiatra; o parecer do fisioterapeuta. A literatura é pobre em estudos sobre efectividade (Gajdos, *et al*, 2010), o que também poderá dificultar a estimativa aproximada de um custo global do tratamento.

**Acesso aos cuidados – custos/N.º de sessões**

*“ A minha só fez uma vez.” (GP – 3 semanas de idade)*

*“ Depois fiz com carácter preventivo 2 vezes por semana” (GP – Asma)*

*“Mas quer dizer...era um bocado impraticável, não, é?! Tinha muitas sessões, tinha que fazer muito. E aquilo era tudo muito caro!” (GP - Asma)*

*“ A pessoa faz um esforço, mas o preço é caro. (...) Se houver comparticipação é diferente.” (GP)*

O facto de não haver uma entidade reguladora que estabeleça um tecto máximo ou valores de referência, deixa os pais dependentes das leis do mercado.

**Acesso aos cuidados – custos/ valores de referência**

*“Nem isso se consegue encontrar: uma tabela de preços! (...) Não sabermos quanto é que custa. Eu apercebi-me que podem pedir quanto lhes apetece na realidade. (G3).*

Foi patente neste conjunto de pais, que a existência de um seguro de saúde ou consultar um especialista (médico), integrado numa rede de serviços de saúde (que incluía) a fisioterapia, são ambas condições de vantagem no acesso à FRI. Ter seguro de saúde poderá contribuir para aumentar as possibilidades de acesso a um maior número de locais, incluindo FRI no domicílio, com a probabilidade de aceder à fisioterapia de uma forma mais célere. E, a oferta de diferentes serviços pela mesma unidade de saúde, também contribuirá para facilitar o processo burocrático e diminuir tempos de espera.

**Acesso vs subsistema de saúde vs rede integrada de serviços**

*“Em alguns casos não haver acordo coma a ADSE, foi critério de exclusão”. (G2)*

*“Imediatamente assim que saí da consulta marcaram, na própria recepção e, 24 horas depois iniciou FRI.” (G3)*

*“Foi no dia seguinte de manhã. Nós fomos à urgência [Hospital Público] no domingo e, foi-nos dito para voltar à urgência na 2ª feira de manhã, já com uma carta com referência à Medicina Física e Reabilitação”. (G2)*

Mas, a experiência em serviços articulados nem sempre foi descrita como positiva. Em alguns casos, os pais não se sentiram satisfeitos com o serviço prestado no local referenciado pelo médico. O direito à informação e a possibilidade de uma escolha livre, informada e participada são manifestados com um ideal neste grupo.

**Articulação de serviços: consulta e FRI na mesma unidade de atendimento.**

*“No meu caso foi muito rápido. Não tinham vaga ali no Hospital e imediatamente ligaram para outra unidade do grupo para saber se havia fisioterapia (... ) o serviço de fisioterapia é que me ligou a marcar horário e já com o nome da fisioterapeuta”. (G4)*

*“A minha primeira referência também foi através do pediatra. Foi no consultório onde ele tinha uma fisioterapeuta. Fez uma vez e não lhe voltou a tocar! (...) Além de ser extremamente agressiva em termos de manipulação, a criança saiu de lá mais entupida do que estava (GP) ”*

O tratamento em regime domiciliário foi descrito como o modelo preferencial de FRI. As razões apontadas foram a comodidade (a escolha do horário por parte dos pais é um factor importante) e a salvaguarda da condição clínica da criança. A opção por um

serviço domiciliário esteve regra geral associada a comparticipação por parte de um seguro de saúde, o que reduziu a parcela de encargos que seria atribuída aos pais.

#### **Tratamento domiciliário**

*“ Da experiência que eu tenho as situações privadas foram sempre melhores” (GP)*

*“Optei sempre por ser domiciliária, porque eu acho que os meus filhos já têm tanta fragilidade quando estão doentes, que eu não estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores”.(G3)*

Mas, a informação de comparticipação da FRI no domicílio, por parte do seguro, nem sempre é transmitida aos pais:

*“ Eu nem sabia que iam a casa” (G3)*

### **3.2. Presença dos pais no tratamento**

Os casos em estudo realçam a importância da presença de pelo menos um dos pais no tratamento, para transmitir segurança à criança, avaliar a qualidade do serviço, esclarecer dúvidas e aprender para dar continuidade em casa. Após estabelecida confiança no profissional e, sobretudo em ambiente domiciliário, essa presença poderá relativizar-se, com base numa relação de confiança no fisioterapeuta e, num comportamento da criança, descrito como sendo menos ansioso na ausência dos pais.

#### **Presença dos pais no tratamento**

*“É como levar ao médico, não se deixa as crianças sozinhas.” (GP)*

*“Para as crianças é uma figura de referência.” (GP)*

*“Absolutamente essencial (pelo menos um dos pais) ” (GP)*

*“ Para mim é fundamental [a presença dos pais], para qualquer situação médica. Não equaciono a questão de não estar presente (...) Gosto de sentir, acompanhar e ver que está tudo bem.” (G3)*

*“ Eu não acho fundamental a presença dos pais no tratamento (...) porque quer ir para o meu colo (G3 - Domiciliário)*

### **3.3. Protocolo de intervenção**

Os pais sugerem que a FRI seja considerada como terapêutica alternativa aos antibióticos e a outros medicamentos, e que deverá ser pensada como opção de tratamento.

*“Evitar a questão do antibiótico (...) e de medicações, que trazem efeitos secundários” (G1)*

*“Eu notava muito, que não estava o suficiente mal para que valesse a pena ir para medicamentos, mas não estava completamente bem para ter um sono tranquilo e(...) para estar bem. A fisioterapia era uma forma de melhorar sem recorrer a medicamentos, coisa que eu gosto muito de evitar. (GP)*

### **3.4. Equipamentos e condições técnicas**

Os pais não referem grandes exigências face a equipamentos ou condições técnicas. Parecem assumir a FRI mais como uma *“técnica manual”*, onde será importante a existência de um ambiente propício ao bem-estar e à adesão da criança. O aerossol foi o único componente técnico referido.

#### **A importância das condições técnicas**

*“Ter meios para poder trabalhar como ambiente calmo” (G2)*

*“Aerossóis” (G2)*

*“Rampa para fazer o aerossol”(G2)*

*“Penso que pequenas coisas que possam ajudar as crianças a brincarem, para que não seja um momento tão ansiogénico.(G2)*

No decorrer do grupo focal foi levantada a questão da salvaguarda da segurança das crianças em atendimento domiciliário, tendo sido identificado outro equipamento técnico: carro de reanimação, considerado importante por uma mãe a trabalhar na área da saúde. Mas, revelando ainda uma visão idealizada acerca do atendimento em clínicas privadas, ao julgar que o equipamento existente nestas unidades é semelhante ao hospital, o que na realidade não acontece.

*“Uma aspiração de ...sei lá, as secreções mobilizarem-se para onde não devem e ficar com cianose, desencadear mais dificuldade respiratória. Não ter (...) carro de reanimação” (G2)*

*Mãe – [Em clínica privada] Tem carro de reanimação não têm?*

*Moderadora (Fisioterapeuta) – Não têm ...*

*Mãe – Não...?! Tal é o hábito de estar no hospital e ter tudo!*

### 3.5. Práticas para prevenção de infecções nosocomiais

Foi uma preocupação referida por pais que fizeram fisioterapia em clínica privada, referindo-se não apenas às condições de higiene e limpeza dos locais, mas também ao uso de medidas que previnam a transmissão de infecções por parte do próprio fisioterapeuta tais como bata e luvas.

*“Limpeza dos locais”(G2)*

*“ Utilização de luvas, de batinha (sem perder a postura informal) ” (G3)*

### 3.6. Perfil do fisioterapeuta

Determinadas características do fisioterapeuta ou da relação que se estabelece com os pais e com a criança, foram mencionadas com frequência como expectativas normativas no início da FRI: informalidade, confiança, escuta activa, empatia, envolvimento com a criança e com os seus pais, e facilidade na relação com as crianças. Esta parece ser uma dimensão relevante e, independente do conhecimento ou experiência anterior.

*“Postura informal” (G3)*

*“No meu caso, alertaram-me para a confiança na pessoa” (G3)*

*“Eu acho que é extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais, para que também haja da nossa parte algum envolvimento, alguma empatia (G4)*

*“ (...) Que veja o cliente como uma díade, não é? É o pai (ou a mãe) e a criança.” (G4)*

*“O que a médica me indicou em relação à fisioterapeuta, era que sabia funcionar muito bem com as crianças (...) Já estava à espera de uma fisioterapeuta que soubesse funcionar muito bem com as crianças.”. (G3)*

## 4. Expectativas iniciais vagas ou sem uma ideia pré-concebida<sup>8</sup>

Esta categoria surgiu de forma frequente nos casos, em que não existia nenhum contacto anterior (pessoal, com outro filhos ou em episódios anteriores) com FRI

---

<sup>8</sup> Esta categoria resulta de “um não conhecimento, de não se querer ou se ser incapaz de o expressar” Bialosky et al 2010:127)

Emergiu em virtude de um desconhecimento completo sobre o tratamento ou como uma ideia vaga sobre os resultados:

*“Eu não sabia o que esperar (...) Eu não fazia a menor ideia (...) o pediatra sugeriu” (G1)*

*“Não esperava nada porque desconhecia a técnica completamente (...) Já me tinham falado (...) Mas, não sabia ao que ia (G3).*

*“Um complemento à medicação (G3)”*

*“Só tinha ouvido falar (...) mas a informação que eu tinha não me levava a tirar nenhuma conclusão tinha mesmo que ver”(G3)*

*“ Eu realmente não pesquisei nada!” (GP)*

Existir esta categoria de expectativas numa amostra que possui um nível académico elevado, e com acesso fácil a fontes de informação, poderá significar que no papel de pai/mãe as emoções se sobrepõem ao pensamento lógico. Estes pai, simplesmente, confiaram nas indicações médicas e seguiram-nas.

## **B - Factores que contribuem para a estruturação mental das crenças e percepções, associadas à Fisioterapia Respiratória Infantil (FRI) antes do tratamento.**

Os dados emergentes permitiram a categorização de algumas variáveis que parecem estar envolvidas na estruturação mental de crenças e percepções dos pais objecto deste estudo, associadas à fisioterapia respiratória infantil (FRI), antes da realização do tratamento:

- Importância atribuída à saúde da criança
- Enquadramento emocional
- Percepção da gravidade da doença
  - Crenças associadas à patologia e à técnica
  - Factores inerentes à criança
  - Responsabilidade e tomada de decisão atribuída aos pais
- Locus de controlo
- Variáveis estruturais
- Pistas para a acção
- Barreiras

O processo de construção das expectativas iniciais dos pais (fig. 4) parece centrar-se na importância que é conferida ao bem-estar dos seus filhos. As crenças associadas à patologia e à técnica; factores inerentes à criança (quadro clínico; idade e duração do episódio); a responsabilidade e tomada de decisão atribuídas aos pais e o “*locus de controlo - crença que a saúde é controlada por outras forças influentes*” (Couto, 1998:7) parecem contribuir para a gravidade percebida de cada caso. As “*variáveis estruturais - conhecimentos sobre a doença e sobre a FRI e contactos anteriores com estas* (Couto, 1998:6); *pistas para a acção* (Couto, 1998:6) no sentido do alcance da melhoria da saúde da criança (factores desencadeantes externos) e a capacidade de ultrapassar as barreiras são outros factores a considerar na formulação do tipo de expectativas que irão surgir no início da FRI. Há ainda a considerar o enquadramento emocional inicial, que corresponde à interacção de cada participante, com todos os factores anteriormente descritos. Neste contexto há que ponderar o impacto da doença nas actividades de vida diária, sendo o apoio de terceiros nomeadamente avós, uma variável cuja importância há que valorizar.

A descrição desses factores permitirá quer a sua caracterização com maior pormenor, quer a colocação de hipóteses sobre a importância e responsabilidade no processo global de estruturação mental das crenças e percepções associadas a este modelo de tratamento.

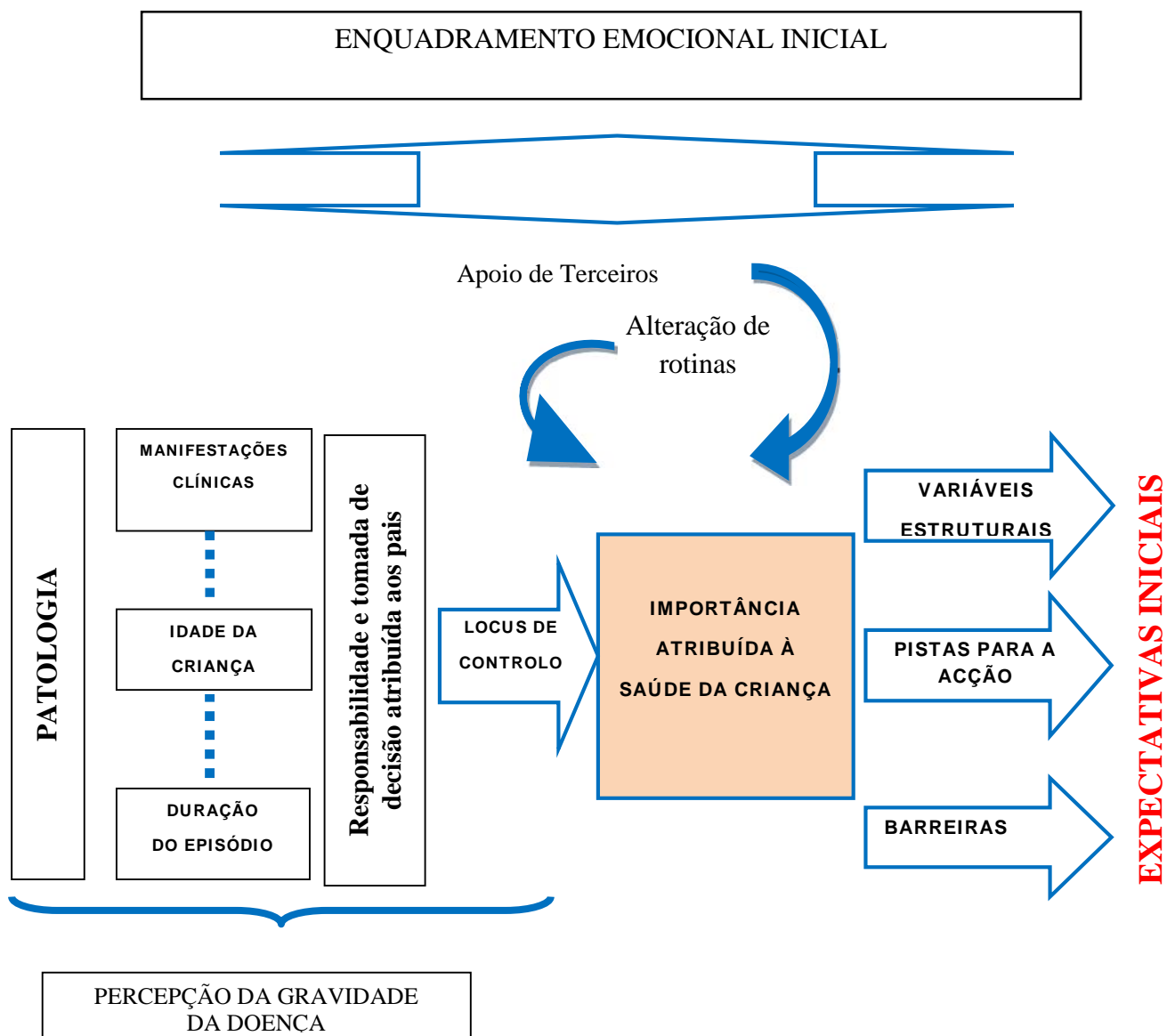


Figura 4 - Processo de construção das expectativas existentes no início do tratamento



## 1. A Importância atribuída à saúde da criança

Resulta de uma construção mental que associa: percepção da gravidade da patologia respiratória infantil (cognição e representação) por parte dos pais; crenças associadas à patologia; implicações na qualidade de vida; e envolvimento e colaboração de familiares ou pessoas próximas da família ao nível das actividades do dia-a-dia.

### 1.1. Percepção da gravidade da doença por parte dos pais

Este grupo engloba situações de diferentes níveis de gravidade: ligeira, moderada e severa (Rudan *et al*, 2004; 897), com referência a indicadores tais como hospitalização, atendimento em serviço de urgência, visitas não programadas ao médico ou consulta via telefone.

*“Ele estava mesmo numa fase complicada (...) Foi logo internado”. (G1)*

*“Muito Grave!”(G3)*

Para além destes indicadores, pediu-se aos pais que caracterizassem a gravidade da condição clínica dos seus filhos, através da indicação de um valor numa escala entre 0 e 10, em que o valor 0 significaria normal e o valor 10 o máximo de gravidade. Todos os pais atribuíram valores entre 6 e 10.

*“Tenho uma família de médicos portanto também tinha outra retaguarda médica. Portanto não estava tão aflita, mas se for pensar ...ele estava um bocadinho aflito...valor 6!” (G4)*

*“7!”(G2)*

*“Para aí 8, não sei...”(G2)*

*“Temos que dar quase sempre o máximo (...) dava 10”(G3)*

*“Ai, é o máximo! É uma preocupação sempre imensa!” (G4)*

*“Eu só não dou 10 de avaliação de gravidade porque existem doenças fatais. Mas, é urgente! É muito grave porque se vê o bebé realmente a sofrer. Pronto, se é preciso dar nota, dou 9,5!” (G3)*

## 1.2. Crenças associadas à Patologia

As patologias agudas do foro respiratório infantil, nomeadamente a bronquiolite parecem estar associadas já por si, à crença de uma gravidade elevada, em virtude das manifestações clínicas. A preocupação com o risco das crianças não terem oxigénio e de estarem em “sofrimento” e a possibilidade de um agravamento repentino do quadro de dificuldade respiratória, levou estes pais a um estado de vigília constante.

*“A primeira vez (....) o nome bronquiolite era uma coisa muito, muito grave (...) associei de imediato que ele ia ser internado e, ia ficar ali...com o ventilador, o oxigénio...” (G1)*

*“Tinha muito receio (para ser muito sincera) que acontecesse alguma coisa no sono ou coisas assim!” (G3)*

*“Vê-lo em sofrimento e não conseguir respirar é logo à partida muito complicado” (GP)*

## 1.3. Alteração das rotinas

Alteração das rotinas compreende as implicações referidas quer ao nível de indicadores de qualidade de vida da criança (dormir, brincar, comer), quer das limitações das actividades da vida que envolvem toda a família (horas de sono; vida familiar e social; tempo de atenção aos outros filhos e implicações profissionais).

*“As noites também me afligiam imenso, (...) às tantas eu já não sabia se ele à noite estava a respirar bem. Mesmo que ele não chorasse, que estivesse a dormir fazia-me impressão não estar ali ao lado.” (G1)*

*“ [Internamento] Tínhamos que nos render; uma noite passava eu outra passava a minha mulher...durante 5 dias.” (G1)*

*“Fazer planos para o final da semana e de repente desistir!” (G1)*

*“Quando se tem outra criança que está bem (...) [compromete] a vida do outro filho!” (G1)*

*Eu fiquei de baixa a acompanhá-lo. (...) Portanto deixei de trabalhar (...) Mais de 15 dias, cerca de um mês talvez... (G2)*

## 1.4. Apoio de Terceiros

Os apoios familiares são importantes, tanto ao nível da transmissão de conhecimento e suporte afectivo, como pela divisão de tarefas e responsabilidades.

Foram dados como exemplos de colaboração: ausência laboral partilhada entre mãe e avó, o acompanhar a criança à fisioterapia, a guarda de outros filhos, etc. A falta de suporte familiar foi referida como uma situação de desvantagem.

*“Tenho uma família de médicos portanto à partida eu sabia que ele tinha que fazer e, para além do acompanhamento do fisioterapeuta, também tinha outra retaguarda médica.” (G4)*

*“No meu caso tive que alterar, tive que ficar em casa, eu um dia, a minha mãe outro dia para não estarmos a faltar as duas ao serviço, durante uma semana.” (G4)*

*“Ele nunca foi para a escola, ele está com a avó.” (G1)*

*“Os avós estão reformados e colaboram”. (G1)*

*“A minha família está toda no Brasil (...) os pais do Pedro estão em Évora. Nós temos aqui em Lisboa muito poucos apoios.” (G1)*

*“Infelizmente (...) não há apoios de família”. (G2)*

## **2. Factores inerentes à criança**

Foram identificados 3 tipos de factores inerentes à criança doente, que poderão influenciar a construção das expectativas iniciais face à FRI: manifestações clínicas da doença; idade da criança; duração do episódio e comportamento da doença.

### **2.1. Manifestações clínicas da doença**

As manifestações clínicas da doença e a sua implicação nas actividades do dia-a-dia (diminuição da actividade como o correr e o brincar; acordar com frequência durante a noite com tosse, dificuldade respiratória ou dor; falta de apetite), parecem ser factores motivadores de preocupação e consequentemente os impulsionadores da procura de uma forma de tratamento eficaz.

### ***Alterações de comportamentos do quotidiano***

*“Ver uma bebé cheia de vida e de repente vê-la cair, cair... foi desesperante!” (G1)*

*“Deitava-se a tossir e acordava meia hora depois cheio de expectoração e com dificuldade respiratória. E, gostava que corresse e brincasse livremente sem começar logo a tossir, com falta de ar.” (G4)*

*“Acontecia que à noite ela não dormia e queixava-se de uma dor no lado esquerdo! Ela é extremamente activa e portanto nunca se queixou de nada” (G4)*

*“No meu caso o que me preocupou mais foi de facto dela não comer. Porque ela come imenso e, não comer é sinal que está mesmo mal. (G4) “*

## **2.2. Idade da criança**

A idade da criança é um factor que parece ser igualmente responsável pela construção de crenças associadas à FRI, e de acordo com o nível de desenvolvimento. Bebés: fragilidade e falta de autonomia; 1ª Infância: adesão e colaboração.

### **Bebés - Fragilidade e falta de autonomia para resolver o problema.**

A idade e/ou tamanho do bebé aparecem associadas a uma maior fragilidade. E, como as técnicas manuais se aplicam na zona torácica, a proximidade com o coração perturba os pais, que receiam que um mau domínio da técnica coloque a criança em risco cardíaco.

*“Faz muita mais aflição por ele ser muito pequenino” (G1)*

*“Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...!” (G3)*

*“Porque realmente é uma zona delicada, é perto do coração...Sei lá, não sei! Do ponto de vista visual. O que eu posso estar a dizer pode ser um perfeito disparate (...) vou estar sempre com este aperto! Esta barreira existe, pelo menos neste tipo de fisioterapia, em que os nossos filhos são muito pequeninos! “(G3)*

E, como no caso dos bebés a única forma de comunicação é choro e, estes ainda não têm a capacidade de intervir de uma forma intencional, recorrendo a mecanismos

naturais de higiene brônquica (tosse voluntária, assoar), cabe aos pais interpretar as suas necessidade e, agir no sentido da maior eficácia e segurança.

*“Porque ela era muito pequenina [3 meses], tinha muitas secreções que não conseguia expelir” (G3)*

*“Eu fiquei muito aflita (...) Confesso que me preocupou bastante. Porque são mesmo muito pequeninos. Não têm autonomia de nada! Não, é”? (G3)*

### **1ª Infância - Adesão e colaboração**

Na 1ª infância a adesão e colaboração ao tratamento poderão estar relacionadas com o nível de motivação das crianças. No grupo em estudo, idade e colaboração não estão associadas. Crianças com a mesma idade foram descritas com comportamentos opostos: uma aprendeu e executou exercícios respiratórios sob a orientação do fisioterapeuta; a outra chorou. No primeiro caso, é descrita uma postura de envolvimento da crianças e dos próprios pais, por parte do fisioterapeuta, no segundo nada é referido.

*“Colaboração em exercícios que podiam ajudar a respirar melhor, a sentir-se melhor (...) o que não era conseguido em casa ” (G4)*

*“Uma das pessoas é do meu serviço, e diz que faz frequentemente e que aquilo é terrível para a criança [3 anos] que já faz desde bebé.” (G2)*

### **2.3. Duração do episódio e comportamento da doença**

A duração do episódio ou o comportamento da doença são referidos, pelos pais deste grupo, como factores determinantes na procura da fisioterapia, tratando-se geralmente de mais uma alternativa de tratamento a somar às que já tinham sido experimentadas, ou mesmo como o último recurso.

*“A FRI terá sido uma sugestão [pediatra] visto que não estava resultar só com a medicação” (G3)*

*“Várias vezes constipado, não passava” (G4)*

A toma repetida de antibióticos torna-se uma preocupação para os pais, ao verem as crianças entrarem num círculo de repetição de episódios de patologia respiratória. A possibilidade de uma alternativa sem efeitos secundários e eficaz, é bem aceite.

*“Eu vivia pensado nessa possibilidade de ela evitar o antibiótico e as medicações, que trazem efeitos secundários, sair desses quadros de repetição de bronquiolite”(G1)*

*“Era um episódio recorrente e a médica disse: se calhar vale a pena experimentar”*

### **3. Responsabilidade e tomada de decisão atribuída aos pais**

Perante o quadro clínico de uma bronquiolite, a não verbalização das queixas por parte do bebé, dificulta a identificação das suas necessidades. A responsabilidade pela sua protecção, decidir em primeira mão, o que é melhor para eles, em termos de eficácia e segurança é uma responsabilidade para a qual se sentem *“assustados e impotentes”*, por não saberem qual a forma de agir mais adequada:

*“Eu acho que o que assusta mais é (...) quando ficam doentes, nós, mães e pais, não sabemos o que havemos de fazer, aquela sensação de impotência!” (G1)*

Para um número significativo de pais, a tomada de decisão pela FRI, teve por base o pressuposto que os medicamentos, sobretudo os antibióticos, têm efeitos perversos e por isso devem ser evitados. Uma alternativa será a fisioterapia:

*“Era disso que ela estava a precisar e, tinha mesmo de ser.”(G2)*

*“Desde que não se tenha de ir para o medicamento, tenta-se sempre outra solução!” (G3).*

A tomada de decisão poderá envolver a escolha do regime de prestação de serviços pretendido: domiciliário ou ambulatorio. A opção pela fisioterapia domiciliária na perspectiva dos pais poderá trazer vantagens para as crianças, sobretudo ao nível da prevenção: contágio (de doenças de outras crianças) e exposição a condições climáticas que poderão contribuir para o agravamento do quadro clínico pré-existente.

*“Optei sempre por ser domiciliária, porque eu acho que os meus filhos já têm tanta fragilidade quando estão doentes, que eu não estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores. (G3)*

A tomada de decisão não se limita a decisões clínicas, mas implica alterações de rotinas, necessárias para o acompanhamento do processo de recuperação. Há a ressaltar a prioridade que é dada às crianças por parte dos pais, face a compromissos profissionais, mais evidente nas mães.

*“Eu no meu caso, alterei as aulas todas que tinha. Lamento, primeiro a saúde do meu filho!” (Mãe - G4).*

*“No meu caso, o marido não podia alterar a rotina porque estava fora. Na altura coincidiu com a ida dele 2 meses para fora. Fui eu que falei: não fui ao trabalho durante 15 dias úteis!” (Mãe - G4)*

#### **4. Locus de Controlo**

Representa a “crença que a saúde é controlada por factores influentes: internos e outros como sorte ou acaso” (Couto, 1998:7). Todos os pais especularam um motivo para o aparecimento da infecção respiratória: Factores genéticos, ambientais, de contágio por parte dos irmãos mais velhos ou, associados à imaturidade do sistema imunitário, que os expõe com mais facilidade a infecções em meios como as creches. A conotação de cresce a “infectário” surgiu em 2 grupos, o que parece indicar que a entrada para a creche se encontra associada a um risco acrescido de infecção respiratória.

*“No meu caso foi nitidamente a imã mais velha.(...) Trazem tudo para casa”(G1)*

*“Tem um irmão mais velho também com problemas respiratórios (...) Poderá ter sido se calhar uma predisposição genética. “ (G2)*

*“Eu acho que no caso do T também tem a ver com factores genéticos: um dos tios tem problemas e, isso pode ter sido uma das causas...”*

*“Surgiu quando ela foi para a creche no Inverno”. (G1)*

*“ Os infectários “. (G3)*

*“Mas, viver em Lisboa eu acho que é incrível! Eu sou dos Açores e, quando vim tinha que me assoar constantemente (...) eu sinto uma diferença enorme do ar aqui. E, eu acho que isso tem uma influência brutal.” (G3)*

## 5. Variáveis estruturais

Estas variáveis, correspondem ao *conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e a técnica e, contactos anteriores com as mesmas* (Couto, 1998:6). E, a sua influência no processo de estruturação das crenças varia de acordo com a existência ou não de informação e, a fonte dessa informação. Nesta amostra, temos casos de pais em situação diversa: sem e conhecimento sobre a patologia e ou a FRI.

*“Eu era completamente ignorante. O facto é que depois que comecei a falar, percebi que muita gente à minha volta conhecia (...) Mas, até à data nunca tinha sido tema de conversa.” (G1)*

*“Sim, eu tinha tido [experiência] no primeiro filho (G1)*

*“Eu não, no meu caso não [Desconhecia]!” (G1)*

As crenças sobre a técnica construídas antes do tratamento, associam-na a uma vivência de sofrimento por parte da criança. Tal, poderá comprometer a adesão dos pais ao tratamento, passando a ser uma opção adiada, ou mesmo deixar de ser considerada como alternativa de tratamento.

*“E tinha essa ideia, que podia ser custoso para a criança, que podia ser custoso para mim vê-la naquela situação” (G2)*

Nenhum dos casos investigou quer sobre a patologia, quer sobre a técnica. O conhecimento sobre a técnica relaciona-se sobretudo com a experiência anterior. A partilha de informação entre pais parece não constituir uma fonte de informação muito credível.

*“Desconhecia a técnica (...) Eu não tinha tido nenhum contacto anterior. Fui sem saber o que era.” (G3)*

*“Só tinha ouvido falar (...) mas a informação que eu tinha não me levava a tirar nenhuma conclusão tinha mesmo que ver.” (G3).*

Os contactos anteriores com a patologia e com a técnica foram provenientes de experiências diversas: Há alguns pais, eles próprios com problemas do foro respiratório;



uma mãe que fez fisioterapia respiratória na infância; alguns pais a repetir a FRI (outros filhos ou em episódios anteriores) e, o caso de uma enfermeira que profissionalmente já contactava com a técnica.

*“Eu tenho rinite alérgica e o pai também tem asma...” (G1)*

*“O meu 1º filho também fez uma sessão”. (G1)*

*“Eu sabia porque tinha feito em pequena, muito tempo. E, sabia que dava resultados” (GP)*

*“Eu já tinha presenciado [enfermeira] com outras crianças. Em familiares nunca (...) O pediatra não me informou como decorreria a FRI, mas o médico sabia que eu sabia. “ (G2)*

Nos casos com algum conhecimento sobre a técnica (perante um grau de severidade ligeira a moderada) pareceu haver uma maior pró-actividade no processo de tratamento. Foram descritas situações de mudança na tomada de decisão, face a medidas de tratamento: Identificação da necessidade de tomar medicamentos como a cortizona e do momento oportuno para a realização da fisioterapia.

*“Muitas vezes o meu filho tinha bronquiolites recorrentes e portanto depois era o antibiótico, a pediatra receitava cortizona (...) mas a cortizona ficava sempre lá! E, depois quando o antibiótico fazia efeito e baixava a febre, a seguir normalmente fazia a fisioterapia” (GP).*

O pediatra é uma fonte de informação de grande relevância para os pais. A relação que se estabelece, ao longo do tempo, em alguns casos com o acompanhamento de mais que um filho, permite ao pediatra conhecer quem o procura e assim, transmitir a informação de uma forma personalizada e emocionalmente ajustada a cada pai e mãe.

*“No meu caso, a pediatra sabe que eu sou um bocado mais sensível (...) a única coisa que ela dizia era: não se preocupe, ele vai ficar muito melhor. Aquilo pode custar um bocadinho mas, depois ele fica ótimo. Os resultados são logo imediatos (...) A mensagem que passava era sempre o resultado final da sessão. Nunca explicou como a sessão é feita. Nunca entrou em detalhes técnicos”. (G1).*

Num caso, o pediatra orientou para os pais para uma “cinesioterapia caseira”, com “aerossóis” e “pancadinhas nas costas”. Mas, as informações transmitidas foram na generalidade escassas:

*“O fisiatra, não explicou nada sobre a técnica”(G3)*

*“O Pediatra não deu me explicou em termos teóricos, apenas disse há muitos pais que acham que aquilo funciona muito bem.” (G3)*

*“Eles próprios [médicos] acho que não sabem. Cada caso é um caso.” (GP)*

*“Eu acho que recomendou, depois a própria fisioterapeuta é que dizia: “fazemos uma vez por semana, 2 vezes por semana” (GP)*

*“Mas, faça-lhe uns aerossóis e depois dê-lhe umas pancadinhas a seguir atrás nas costas. Ou seja, ensinou-me para nós fazermos em casa. Não falou no recorrer a um técnico, mas disse-nos: Isto é uma cinesioterapia caseira” (GP)*

## **6. Pistas para a acção**

São definidos por “factores desencadeantes da procura, externos, de que são exemplos as referências médicas, conselhos de amigos, doença de familiar, televisão e campanhas da imprensa”. A mais referida foi a indicação da pediatra a quem é conferida total confiança. É um caso invulgar em que não há procura de informação adicional.

*No meu caso também foi a pediatra, embora já tivesse experiência anterior com outro filho. Mas, não me passou pela cabeça. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...!” (G3)*

*“No meu caso, alertaram para alguns problemas: confiança na pessoa. Depois havia outras pessoas com experiências más que diziam que não funcionava. No fundo foi mais na partilha das experiências que tinham tido (...) Foi só comentado. Não foi fonte de decisão. Estava decidido pela médica e pronto!”G3)*

*“No meu caso também foi a pediatra.” (G1)*

*“No meu caso fui o pediatra que nos mandou para a urgência do hospital. E, foi no hospital que fez a primeira vez (...). E quando saiu do hospital tinha indicação para continuar a fazer fisioterapia. “ (G1)*

*“No meu caso o Pediatra recomendou e eu falei com uma prima que é enfermeira.”(G2)*

*“Não consultei internet (...) Eu nem sequer considerei um risco, ou uma necessidade de procurar o que é que era. Eu confio na pediatra do meu filho.” (G3).*

## 7. Barreiras

As barreiras constituem as dificuldades sentidas pelos pais no acesso à fisioterapia respiratória. Foram identificados factores de vária ordem: acesso aos cuidados; horário; **apoio familiar**; políticas de saúde; barreiras psicológicas; falta de certificação dos locais de acordo com uma prática de excelência; idade e fragilidade do bebé; expectativas negativas face à FRI.

### 7.1. Acesso ao local e aos cuidados

Esta categoria engloba a falta de pistas para a acção por parte do médico responsável, no que se refere a locais de referência; a inexistência de informação disponível de modo geral sobre prestadores de serviços de FRI; listas de espera; factores económicos e processo burocrático

#### a. Falta de pista para a acção por parte do médico responsável (prescritor)

Num número significativo de casos não foram dados locais de referência para a realização deste tipo de tratamento. Dado o voto de confiança assumido pelos pais perante os pediatras dos seus filhos, seria importante que a prescrição de fisioterapia se fizesse acompanhar da referência de locais ou fisioterapeutas.

*“O Pediatra disse para fazer o tratamento e para procurar. (...) Eu tive de procurar” (G2).*

*“Tentou-se vários locais (...) tive muita dificuldade em conseguir marcar com a urgência que era necessária” (G3)*

São excepções, casos de tratamento domiciliário e unidades de saúde com serviços integrados de consulta de pediatria e fisioterapia respiratória infantil.

*“ O que a médica me indicou em relação à fisioterapeuta, era que sabia funcionar muito bem com crianças” (G3- Domiciliário).*

*“ Imediatamente, assim que saí da consulta marcaram, a própria recepção e, 24 horas depois iniciou fisioterapia” (G3)*

#### **b. Inexistência de informação disponível sobre prestadores deste serviço**

Identificou-se a necessidade de criar um banco de dados, uma listagem construída com base em critérios que garantam práticas de excelência. A escassez de informação implicará ainda a necessidade de tempo e outros recursos adicionais, por parte dos pais (*internet*, telefone).

*” Eu fui à net e procurei tudo o que havia”. (G2)*

*“Eu nem sabia que havia o serviço em casa” (G3)*

*“Fui à Cuf Descobertas (consulta com o Pediatra) e a informação foi para ir directamente a esta clínica.” (G3)*

#### **c. Indisponibilidade ou listas de espera**

Com alguma frequência os locais contactados não mostravam disponibilidade para esta área da fisioterapia ou implicavam tempo de espera. Aconteceu com frequência os pais terem que recorrer à FRI em regime privado, porque nestas unidades, o tratamento não estava abrangido por quaisquer acordos.

*“Listas de espera que havia em vários sítios que eu contactei. Foi horrível mesmo! Tenho uma prima enfermeira que tentou ligar para um sítio que conhecia mas, também não conseguiu” (G2)*

*“O local realmente não tem vagas e tem filas de espera muito grandes, mas a FT é tão sensível aos casos das crianças, que tenta encaixar esses casos”. (G1)*

*“No nosso caso fomos contactando os que tinham acordo...e depois chegámos a este que não tinha acordo, mas era o que tinha disponibilidade” (G3)*

#### **d. Factores económicos**

No estudo, há alguns exemplos de pais que fizeram fisioterapia através do SNS, em meio hospitalar. Mas, foram encaminhados através da urgência ou entraram no sistema por serem familiares de profissionais a exercer no hospital. Existe um caso em que a fisioterapia foi comparticipada pela ADSE, outro caso em que o valor foi pago na

íntegra pelo utilizador. A maioria mencionou ter seguro de saúde, sendo que a fisioterapia se realizou em local incluído na rede do seguro, ou o recibo foi posteriormente reembolsado.

Foi referido que a não existência de acordos com subsistemas em vários locais poderá constituir um impedimento à FRI, por motivos económicos. Reclamou-se a necessidade de mais locais com comparticipação (SNS e ADSE), de um alargamento da rede de protocolos por parte das seguradoras, e a comparticipação de tratamentos no domicílio por parte destas mesmas seguradoras.

*“Em alguns casos não haver acordo coma a ADSE, foi critério de exclusão.” (G2)*

*“O meu seguro não paga domicílio.” (G1)*

*“A questão dos seguros e dos protocolos é muito importante.” (G3)*

*“Durante 3 dias é um dinheirão. Se pagar 30 ou 40 euros por uma sessão, todos nós sabemos quanto é que isso significa”.(G3)*

*Eu por acaso tenho ADSE e o que a ADSE dá não é nem 1/10 do que se gasta [domicílio]. E, isso acaba por ser um entrave muito grande!” (G3)*

Uma mãe salientou ainda a falta de regulação dos preços praticados, e a diferença de valores, entre locais, para o mesmo conjunto de actos clínicos.

*“Nem isso se consegue encontrar: uma tabela de preços! (...) Não sabermos quanto é que custa. Eu apercebi-me que podem pedir quanto lhes apetece na realidade.”*

*“Achei que os preços que foram praticados em M para o serviço que foi facultado, muito acessíveis, bastante acessíveis em relação ao que já paguei em A, preço que achei bastante desajustado do serviço”.*

#### **e. Processo burocrático**

O processo burocrático e a morosidade no atendimento pela fisioterapia, variou em função da entidade pagadora e da articulação entre a consulta médica e o tratamento de FRI. Os processos mais simples foram os casos em que a FRI foi domiciliária, sendo que o processo foi facilitado porque a pediatra referenciou um fisioterapeuta, e não foi exigida consulta de fisiatria. Nestes casos a resposta foi num período inferior a 24 horas. A seguir foram os casos em que as unidades dispunham de pediatria e fisioterapia

respiratória. Por último, temos os casos em que não havia articulação entre consulta e tratamento, e cujos procedimentos obrigaram a um maior dispêndio de tempo para formalização do processo.

*“O pior é ter que recorrer primeiro a um fisiatra, por essa questão das convenções e do seguro (Ambulatório Privado), se já passou pela pediatra que já fez uma requisição. E, aí ela vai para o fisiatra que nem olha para a criança, preenche uma guia, e entrega” (G1)*

*“No Hospital Dona Estefânia, também tinha que ir ao fisiatra sempre antes...” (G1)*

*“A Consulta de fisioterapia dificulta o processo.” (G1)*

*“O JP foi visto no Pediatra (opção pessoal) e depois teve que passar pelo fisiatra para fazer tratamento na clínica (...) que não deu nenhuma indicação adicional. (G3)*

*“Imediatamente assim que saí da consulta marcaram, a própria recepção e, 24 horas depois iniciou FRI” (G3)*

*“Também marcámos para o dia seguinte. (G3)*

## **7.2. Horário**

As unidades de fisioterapia hospitalares encerram às 15h, o que implica uma sobreposição com o horário profissional dos pais e escolar das crianças. (Mesmo no pré-escolar existem limites para a entrada, porque as crianças têm rotinas ajustadas ao seu nível de desenvolvimento). Nas unidades privadas, a marcação do tratamento está sujeita à disponibilidade de horários do serviço. Em regime domiciliário regra geral, a FRI é feita de acordo com a disponibilidade dos pais e as rotinas alimentares da criança, de forma a ser respeitado um período de jejum antes do tratamento.

*O horário é um problema para as instituições empregadoras. (G1)*

## **7.3. Políticas de Saúde<sup>9</sup>**

As políticas de saúde, preocupadas com a sustentabilidade do SNS, tendem a promover cortes orçamentais o que implica necessariamente uma restrição ao nível dos

---

<sup>9</sup> As políticas de saúde incluem factores como tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema de saúde. (Travassos et Martins, 2004)

recursos humanos e dos equipamentos, nomeadamente fisioterapeutas e unidades de fisioterapia. Sem fisioterapeutas nos centros de saúde, dificilmente se terão práticas de proximidade junto das populações, quer ao nível clínico, quer ao nível da prevenção e da promoção em saúde. Por esse motivo, o direito de opção por parte do utente, pelo tipo de tratamento que considera que melhor se adequa às suas necessidades, nem sempre poderá ser respeitado.

*“Todas essas políticas que vão mudando em relação à saúde, cada vez menos as pessoas têm direito por decidirem pelos seus próprios tratamentos (G1).*

*“ FUNDAMENTAL que a ginástica respiratória estivesse mais no Sistema Nacional de Saúde, para que as pessoas pudessem utilizar mais a prevenção e, não a gente actuar quando o quadro já está instalado. (G1) (...)*

*“Prefiro mil vezes tratá-los em casa (...) com a fisioterapeuta que conheço (G3)*

Os protocolos de intervenção para os casos de infecção respiratória também pouco têm evoluído no sentido de incluir outro tipo de terapêutica, que não incluía medicamentos. A alta hospitalar poderá ser acompanhada de uma prescrição de antibióticos, broncodilatadores, anti-inflamatórios e expectorantes, mas raramente é dada indicação para a FRI.

*E, sempre que eu recorri às urgências (porque ela chegou a ir às urgências algumas vezes), nunca me falaram sobre ginástica respiratória. (G1).*

*Recorremos à urgência e dificilmente eles indicam para ginástica respiratória. Ou fazem aerossóis, ou passam antibiótico (...) Se, não formos nós a tomarmos a iniciativa de querermos ir para a ginástica respiratória, na urgência não indicam. (G1).*

*Pois, os episódios que tive e que fui à urgência acabaram todos em celestone, atrovente, ventilan. (G1)*

*É sempre o antibiótico tal e o anti-inflamatório tal (...) que não ajudam minimamente com a prevenção (...) há estudos que até provam que ajuda nas reincidências (G1)*

Outra questão levantada refere-se à repetição de consultas médicas para prescrição de FRI, dado que o sistema de saúde português obriga a que após uma consulta de pediatria a criança seja vista pela especialidade de fisioterapia. Esta prática é na perspectiva dos pais uma duplicação de actos médicos e de encargos quer para os pais

quer para o sistema, pois nada parece ter sido acrescentado quer ao diagnóstico quer à terapêutica, já definidos pelo pediatra.

*Se nós já temos uma avaliação de um Pediatra porque é que temos de ir novamente a um Fisiatra? Na minha opinião é um bocadinho perder tempo. Eu ainda perdi mais aquele dia, porque depois teve que ser avaliado pelo Fisiatra de lá (...) Porque é meramente formal (G2).*

#### **7.4. Barreiras Psicológicas**

As crenças sobre a técnica, existentes antes do tratamento, associaram-na a uma vivência de sofrimento por parte da criança, que os próprios pais assumem ter dificuldade em presenciar.

*“E tinha essa ideia, que podia ser custoso para a criança, que podia ser custoso para mim vê-la naquela situação” (G2)*

*“Nós temos essas informações que não têm por base nenhuma experiência de início [Dicas de familiares] e depois também vamos mudando isso de acordo com o que vai acontecendo.” (G3)*

No caso de uma criança já numa fase de desenvolvimento cognitivo mais avançado (2 anos), como os pais não acreditavam na sua colaboração e esperavam que o tratamento se desenrolasse contra-vontade da criança, foram protelando o tratamento.

*“A minha expectativa era que ia correr mal, porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar com o fisioterapeuta (...) E, ultrapassou imenso as minhas expectativas. Correu tudo muito bem! (G4)*

#### **7.5. Falta de certificação dos locais**

Não existe um processo de certificação da qualidade dos locais e, o contacto telefónico impossibilitava a análise presencial, o que poderá ser um factor dissuasor da tomada de decisão por falta de confiança nos profissionais e/ou unidades de saúde.

*“Procurei particulares, procurei..., procurei tudo! Telefonei para vários sítios”. (G2)*



## 8. Enquadramento emocional inicial

O enquadramento emocional inicial inclui características individuais como variáveis sócio-demográficas e personalidade e, representa um conjunto de percepções emocionais e afectivas em resultado da interacção individual (cada participante) com todos os factores anteriormente descritos: crenças associadas à patologia; factores inerentes à criança; responsabilidade e tomada de decisão atribuída aos pais; *locus* de controlo; importância atribuída à saúde; variáveis estruturais e pistas para a acção. Há ainda a considerar as barreiras que acompanham o processo de procura da fisioterapia.

Essas percepções emocionais e afectivas iniciais caracterizavam-se por: preocupação, receio, deturpação da realidade, preconceito, desgaste emocional, confiança, esperança ou mesmo indiferença, face à fisioterapia respiratória.

*“Achava que fosse uma técnica ou uma prática mais violenta do que aquilo que vi” (G1)*

*“A minha cunhada disse que quanto mais expansiva fosse a reacção da criança, mais aquilo funcionava.” (G3)*

*“Ele estava mesmo numa fase complicada” (G1)*

*“Já estava a tomar medicação e era um episódio recorrente” (G3)*

*“Muito pequenino que ele era, claro que faz muito mais aflição por ele ser muito pequenino e eles a agarrarem nele e...” (G1)*

*“ No meu caso, embora já tivesse experiência anterior com outro filho, achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...!” (G3)*

*“Tinha confiança na fisioterapia respiratória como um dos factores que a iria ajudar a melhorar”(G3)*

*“Não esperava nada, porque desconhecia completamente.” (G3)*

## C - Tipo de expectativas dos pais no final do tratamento

O modelo de Thompson e Sunol (Bialosky *et al.*, 2010), adoptado para a caracterização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil, revelou-se limitado perante aos dados que foram recolhidos no final do tratamento. Na categorização das expectativas iniciais já tinha surgido a necessidade de alargar o âmbito das *expectativas idealizadas* a construções de receio e impotência. Com a

categorização das expectativas finais, identificou-se outra limitação caracterizada pela inexistência de uma categoria que englobasse dados do tipo “*afectivo ou emocional*”

Com o contacto com a FRI, estes pais parecem ter obtido uma percepção dos benefícios do tratamento, a aquisição de conhecimentos sobre a técnica e sobre o processo de acesso aos serviços e, foram capacitados em algumas práticas que poderão contribuir para a prevenção da doença ou do agravamento de quadro clínico. Estes ganhos poderão contribuir para uma redução da ansiedade, uma participação mais activa e informada na resolução do problema do seu filho e, a formulação de expectativas mais próximas da realidade e mais viradas para a qualidade (fig. 5)

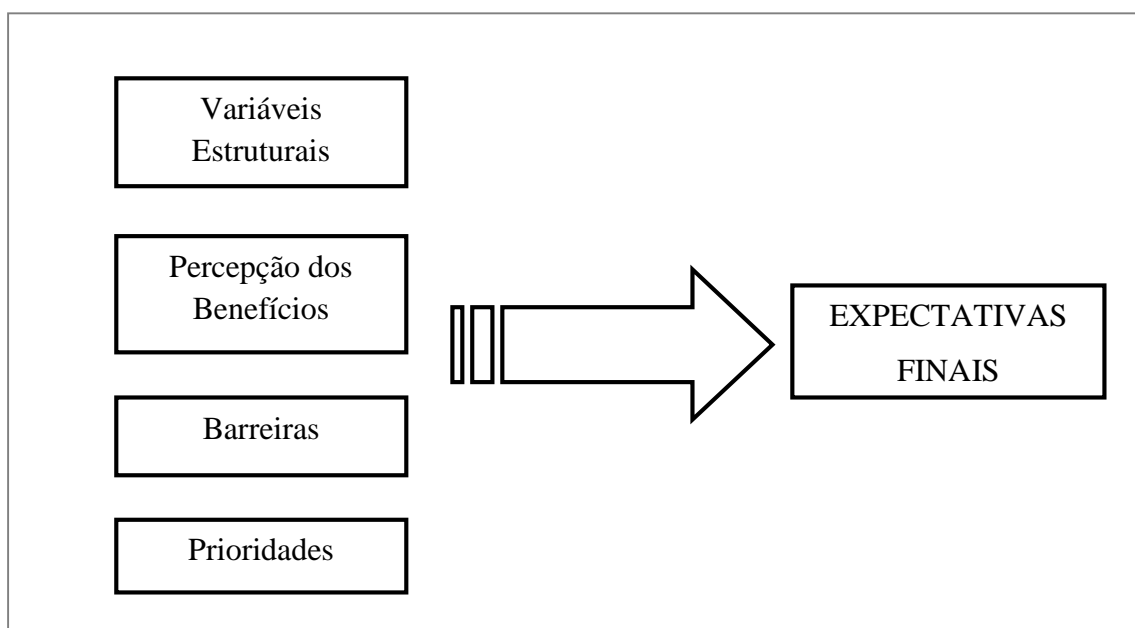


Figura 5- Factores que contribuem para as expectativas finais

### 1. Expectativas *preditivas* finais

As expectativas preditivas finais têm uma forte expressão neste estudo. Foram referidas várias citações relacionadas com resultados esperados após a realização de FRI. Os indicadores identificados relacionam-se com o prognóstico do quadro respiratório após a FRI (resultam da percepção dos benefícios em contactos anteriores), com a possibilidade de dispensa de medicamentos (e consequente eliminação dos seus efeitos colaterais) e adesão ao tratamento.

É esperada melhoria logo após a 1ª sessão e, que em 2 ou 3 sessões haja resultados significativos nos casos de bronquiolite, ao nível da tosse (por facilitar a eliminação da expectoração), reduzindo o quadro de dificuldade respiratória, o que implicará um retorno às actividades da vida diária em menos de uma semana. Uma mãe refere que a realização do tratamento no final do dia parece ser mais eficaz na redução da tosse e dificuldade respiratória durante a noite, promovendo não apenas o descanso da criança como o de toda a família. Estes relatos parecem indicar a existência de expectativas preditivas finais elevadas neste conjunto de pais.

*Resultados ao fim da 1ª sessão (...) não que fique logo totalmente curado, mas grandes melhoria, melhorias significativas (G1)*

*“Em 2 ou 3 sessões ela fica bem melhor”(G3)*

*“FRI antes de se deitar (...) Porque durante a noite ela ficava ótima” (G3)*

*“Ajudar a melhorar o quadro de dificuldade respiratória. Ajudar a soltar as secreções que terá dificuldade em expelir (G2)”*

*“ (...) Criança poder facilmente expelir a expectoração e portanto não ter que recorrer a outro tipo de intervenção medicamentosa. (G3)*

*“Não ter efeitos secundários” (G2)*

São ainda referidas expectativas relacionadas com a oportunidade de esclarecimentos junto do fisioterapeuta, um indicador definido igualmente como indicador de resultados, por se enquadrar nos objectivos da FRI: tratar e educar para a saúde.

*“É extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais” (G4)*

Foram também encontradas citações referentes a expectativas preditivas finais negativas (o valor preditivo é o de piorar a situação).

*A criança saiu de lá (para mim) mais entupida do que estava, (GP)*

A coexistência de terapia medicamentosa também poderá contribuir para o aparecimento de expectativas finais baixas ou negativas, por se atribuir a percepção dos resultados aos medicamentos. O antibiótico é um exemplo:

*“Para mim a FRI tem sido uma conquista. Na primeira experiência (...) disse ao meu marido: o que ela melhorou tem muito a ver com o antibiótico. Nessa altura eu não lhe dei a importância que ela tinha, não dei. (...) Na última vez que ela fez FRI, para mim foi a descoberta total.” (G3).*

Conforme a faixa etária, assim variam as expectativas relativamente à adesão e colaboração ao tratamento. Relativamente aos bebés é esperado que estes possam manifestar desconforto e o choro poderá estar presente em grande parte do tratamento, mas não se encontra associado a violência mas a um desconforto transitório e, os resultados obtidos superam esse momento de stress.

*“Um bocadinho violento para ela: começava a chorar e saía, chorar! (...) mas no caso dela que estava constantemente a ser aspirada é menos evasivo. (G2)*

*“Mas, é traumático como é traumático uma vacina, como são traumáticas tantas outras coisas que sabemos que são o melhor para eles.” (G2)*

*“É extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais” (G4)*

Nos 2 casos de crianças mais velhas, com idades 2 e 6 anos, estas mostraram-se agradadas com o aspecto lúdico associado ao tratamento e é esperada adesão e colaboração nos exercícios pedidos.

*“Para ele era uma alegria estar ali com as bolas e a brincar” - 6 anos (G2)*

*“Tudo o que ela gostava e o que ela queria fazer, o fisioterapeuta aceitou. E daí teve uma boa colaboração da parte da Isabel (...) diz-me todos os dias de há uma semana para cá: Vamos ao V” [Fisioterapeuta]? - 2anos ( G4)*

## **2. Expectativas Idealistas finais**

### **2.1. Expectativas idealistas Negativas**

Muitos dos pais, confrontados com uma realidade que desconheciam, referiram esta categoria de expectativas, resultante de *construções de impotência*, sobretudo no

que se refere ao acesso ao serviço. Mencionam factores económicos, referindo a falta de regulamentação dos preços praticados; a necessidade de promover mais acordos com o SNS, outros subsistemas de saúde ou seguros, para tornar os serviços economicamente mais acessíveis; a escassez na oferta do serviço (mesmo a nível privado) e; o processo burocrático associado, referindo-se à existência de um domínio médico, dada a necessidade de consultar até 2 especialidades médicas antes de poder aceder à fisioterapia, o que poderá tornar ainda mais moroso e dispendioso o acesso (deslocações, comunicações) e contribuirá para o absentismo<sup>10</sup> profissional.

*“A mim faz-me confusão as pessoas não poderem ir directamente procurar os fisioterapeutas, não entendo, eu acho que na área da saúde há sempre um domínio médico em relação a todas as especialidades, isso para mim não faz sentido” – Clínica Privada (G1)*

*Esta questão dos acordos, é fundamental. Acho fundamental os serviços de saúde sejam eles o SNS, seja através de um seguro, possam providenciar isso ao utente (...). Para mim essa é uma condição sine qua non da evolução dos tempos e, espero que cada vez mais a fisioterapia e outras coisas possam ser consideradas nesses âmbitos como terapêuticas, pura e simples”(G3)*

*“Eu por acaso tenho ADSE e o que a ADSE dá não é nem 1/10 do que se gasta no domicílio. E, isso acaba por ser um entrave muito grande.” (G3).*

*“Durante 3 dias é um dinheirão. Se pagar 30 ou 40 euros por uma sessão, todos nós sabemos quanto é que isso significa.” (G3).*

*“Achei que os preços que foram praticados em M para o serviço que foi facultado, muito acessíveis, bastante acessíveis em relação ao que já paguei em A, preço que achei bastante desajustado do serviço.” (G3)*

## **2.2.Expectativas Idealistas Positivas**

As expectativas idealistas positivas correspondem à *esperança* de vir a ser viável realizar a fisioterapia no domicílio, num ambiente menos stressante; contar com a colaboração e adesão por parte das crianças no decorrer do tratamento e; que a fisioterapia venha substituir a terapia sustentada em medicamentos, sempre que a evidência assim o permitir.

---

<sup>10</sup> O absentismo constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja ela por falta ou algum motivo de atraso. (Wikipédia, 2012)

*É desejável que o tratamento em crianças mais velhas não seja traumático. (G2)*

*[Colaboração] (...) E, ultrapassou imenso as minhas expectativas. Correu tudo muito bem! (G4)*

*O mais benéfico nestes casos até seria fazer em casa Está mais descontraído, está na sua casa não sofre esse stress... (G2)*

*Sem dúvida que se ele não tiver que tomar químicos, ou se puder reduzir tanto melhor (G3)*

### **3. Expectativas Normativas finais**

Esta categoria representa o que se acredita que acontecerá em situações futuras, o que trará satisfação aos pais se ocorrer. As expectativas normativas finais parecem ter obtido uma maior importância quando comparadas com as mesmas expectativas no início do tratamento. Tal como nas expectativas iniciais, foram identificadas algumas dimensões: a) Acesso aos cuidados; b) Presença dos pais no tratamento; c) Protocolo de intervenção clínica para as patologias agudas do foro respiratório infantil; d) Equipamentos e condições técnicas; e) Práticas para a prevenção de infecções nosocomiais; f) Perfil do fisioterapeuta.

#### **2.1. Acesso aos cuidados**

O conhecimento do processo burocrático fez com que os pais actuassem ou pensem fazê-lo de acordo com as suas prioridades, agilizar o processo e antecipando a necessidade de fisioterapia, logo que haja alterações do quadro clínico que justifiquem essa mesma necessidade. As prioridades são a opção pela fisioterapia, nos casos em que esta possa ser uma alternativa aos medicamentos; agilizar o processo contratando directamente os serviços de fisioterapia, se possível estabelecer uma relação de continuidade com o profissional de saúde e, fazer FRI no domicílio.

*“Correr [directamente] para o fisioterapeuta” (...) não ir ao Pediatra, ao hospital.” – Clínica Privada/ Seguro de Saúde (G1)*

*[logo que] Um bocadinho aflito falar com pediatra para avaliar necessidade FRI. - Clínica Privada/ Seguro de Saúde (G1)*

*“Para mim é fundamental eu poder optar pela fisioterapia em vez de ir para a médica” - Clínica Privada/ Seguro de Saúde (G3)*

*“Prefiro mil vezes tratá-los em casa. Mil vezes tratá-los com a fisioterapeuta que conheço” Domiciliário/Seguro de Saúde. - (G3)*

Os pais que pretendem continuar a ter acesso à fisioterapia no domicílio, esperam obter tratamento no mesmo dia em que este for indicado e, que o recibo da fisioterapia seja por si só suficiente para requerer comparticipação, não havendo necessidade de recorrer à consulta de Fisiatria.

*“Disponibilidade para o próprio dia [Domicílio]- G1*

*O Recibo da fisioterapia [domicílio] (...) enviado para o seguro, com a requisição do pediatra e, isso ser suficiente para requerer a comparticipação. (G1)*

## **2.2. Presença dos pais no tratamento**

Verificou-se uma mudança na valorização da presença dos pais após o contacto com a fisioterapia: uma mãe que recorreu a FRI no domicílio já não considera fundamental a presença dos pais no decorrer do tratamento.

*“É como levar ao médico, não se deixa as crianças sozinhas!(GP)*

*“Isso depende dos pais “(GP)*

*“A presença dos pais eu acho que é muito importante” – 6 anos/ Clínica Privada (G1)*

*“A presença dos pais é absolutamente essencial (pelo menos um dos pais quando a sala não tem oportunidade para mais, o que é compreensível pelas condições do hospital) (G2)”*

*“Eu acho que não é fundamental a presença dos pais (...) porque quer ir para o meu colo. (...) A fisioterapeuta estabelece uma boa relação com ela” – Domicílio (G3)*

### 2.3. Protocolo de intervenção

O contacto com a fisioterapia veio reforçar a ideia da FRI deixar de ser um último recurso de tratamento nas infecções respiratórias agudas como a pneumonia e a bronquiolite, para passar a ser considerada uma primeira opção de tratamento ou usada em associação com medicamentos.

*Era um episódio recorrente e a médica disse: se calhar vale a pena experimentar (G3)*

*“Um complemento à medicação eventualmente e, substituição se possível” (G3)*

*“Eu espero mais que funcione como substituição da medicação (idealmente), que seja de tal modo eficaz que ele não tenha que recorrer ao antibiótico, ao ventilam (que eu não sei se é antibiótico ou não, enfim) a esses medicamentos” (G3)*

*“Desde que não se tenha de ir para o medicamento, tenta-se sempre outra solução” (G3)*

### 2.4. Equipamentos e condições técnicas

Os pais continuam a dar relevância à FRI, por se uma técnica manual, em que o importante é a sua aplicação eficaz e segura. É dado o mesmo ênfase ao ambiente propício ao bem-estar e à adesão da criança e, a alguns equipamentos vocacionados para o entretenimento da criança. O aerossol foi o único componente técnico referido.

### 6.1. Práticas para prevenção de infecções nosocomiais

Mantêm-se as exigências com limpeza e desinfecção dos locais, equipamentos e mãos do fisioterapeuta

## 4. Expectativas afectivas ou emocionais

Têm por base os afectos e as emoções que são esperadas no tratamento de FRI. Foram construídas com base em percepções resultantes de experiências anteriores. Centram-se no perfil do fisioterapeuta e na sua relação tanto com as crianças como com os pais:



*“ Uma pessoa [fisioterapeuta] mais descontraída, que saiba lidar bem com as crianças, “(G3)*

*“Uma pessoa [fisioterapeuta] meiga é muito, muito importante... “ (G3)*

*“Sempre que eu tenho que recorrer à FRI, vou estar com atenção: ou ir à primeira fisioterapeuta ou ir àquela, mesmo sendo cara! (Risos gerais) mas, que eu já vi como funciona (...) Porque vou estar sempre com este aperto! G3)”*

Após o contacto com a fisioterapia, parecem ser mais relevantes as características da personalidade do profissional de saúde, que as suas competências técnicas. São uma prioridade e, por esse motivo os pais não se importam de pagar mais por isso e, a opção pelo serviço faz-se com base em referências já obtidas acerca do fisioterapeuta.

As competências técnicas estão subjacentes ao serviço que é prestado. Mas dada especificidade da população (crianças), os níveis de ansiedade que acompanham o desenvolvimento da doença e a aplicação da técnica, é importante que o fisioterapeuta esteja sensível a esse contexto, seja calmo, afectuoso, escute e envolva os pais no processo de tratamento e adquira a sua confiança. Para obter a colaboração das crianças é importante uma postura informal, que capte a sua atenção e os motive para a realização de exercícios com base em actividades lúdicas.

*“Só fui porque uma amiga da minha confiança, uma pessoa que eu sei que é muito cuidadosa, me recomendou aquela fisioterapeuta”.*

*“É importante que (...) os nossos filhos estejam a ser mimados”(G3)*

*A relação que a terapeuta desenvolve com a criança, com a mãe, com o pai com quem está a acompanhar. Tem que ser uma relação de confiança.*

*Eu só quando vi o tratamento e a forma como é feito (a forma de tratar) é que se não fosse a pessoa certa no meu entendimento poderia haver algum... (G3)*

*“A pessoa tem que estabelecer uma relação boa com a criança “. (G2)*

*“Acho fundamental a forma como o terapeuta lida com a criança” (G3)*

#### **D - Comparação entre as expectativas dos pais antes e depois do tratamento de fisioterapia respiratória infantil e identificação de factores modificadores.**

As alterações identificadas foram as seguintes:

- As expectativas *vagas ou sem um ideia pré-concebida e idealistas* que existiam inicialmente por não haver uma experiência anterior deram lugar essencialmente às *expectativas preditivas*, relacionadas com resultados clínicos, pela percepção de benefícios.
- As expectativas *idealistas* negativas face à técnica e aos resultados esperados foram quase que abolidas, em resultado quer da presença dos pais no tratamento, quer pela informação relacionada com os cuidados e o tratamento, transmitida pelo fisioterapeuta no decorrer do tratamento. Surgiu um novo tipo de expectativas *idealistas negativas* referentes ao acesso ao tratamento, em resultado das barreiras que foram encontradas.
- As expectativas *idealistas* construídas com base no desejo e na esperança, mantiveram-se mas, o seu conteúdo também foi alterado: inicialmente eram baseadas em esperanças e desejos de melhoria do quadro clínico, tendo posteriormente sido alteradas para desejos e esperança no acesso aos cuidados. Esta alteração prende-se quer com a percepção dos benefícios alcançados após o contacto com a técnica, quer com as barreiras que esperam poder ultrapassar.
- As barreiras ao serem ultrapassadas deram origem a *expectativas normativas*, sendo que estas tinham muito pouca expressão antes da realização do tratamento.
- A análise dos dados permitiu ainda identificar uma nova tipologia de categoria de expectativas (não incluída no modelo teórico de referência) e que englobam um conjunto expectativas relativas ao perfil relacional e afectivo do profissional, relacionadas com sentimentos e receios, emergentes no decorrer da sessão de fisioterapia.

## **E - Relação entre as expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil e a adesão ao tratamento.**

Para relacionar expectativas dos pais e adesão ao tratamento de fisioterapia, procurou-se identificar factores indiciadores de uma possível influência das expectativas iniciais relativamente à 1ª adesão ao tratamento; se os benefícios percebidos pelos pais, após a FRI superam as barreiras de acesso a estes cuidados; se a experiência da fisioterapia respiratória infantil poderá ser um factor importante para a tomada de decisão na procura FRI em episódios/filhos posteriores; se o conhecimento adquirido se traduziu em capacitação, com a inclusão de práticas relacionadas com novos estilos de vida saudáveis e maior pro-actividade

### **1. Expectativas iniciais e a sua possível influência na adesão ao 1º contacto com a FRI**

Procurou-se identificar possíveis relações de causalidade entre as expectativas iniciais e a adesão ao tratamento. Partindo das afirmações dos pais, poderá supor-se que quando há *expectativas tanto idealizadas como preditivas* do tipo *negativo*, estas poderão contribuir para um evitamento da FRI, ou para um adiamento da tomada de decisão, o que poderá comprometer os resultados e o tempo para os atingir. Os principais factores identificados como estando associados à construção de expectativas negativas, foram crenças relativamente à técnica, à idade da criança e aos resultados clínicos.

*“Eu acho que é essa mentalidade ou conotação negativa que eu acho que a ginástica respiratória tem. E, para quem faz a primeira vez vai sempre com aquela expectativa: que é que vão fazer ao meu filho, mas depois acaba por perceber, que não é bem assim.” (G1)*

*“Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...!” (G3)*

*[Discurso das minhas cunhadas] “Isso não serve de nada. Vê lá se é necessário?” (G3)*

No entanto, a orientação médica demonstrou ter um peso superior às expectativas iniciais dos pais fossem elas *preditivas negativas*, *idealizadas negativas* ou *vagas*, na opção pela fisioterapia. Mesmo que haja uma “conotação negativa” (SIC) acerca da violência da técnica, ou que exista qualquer outro preconceito associado à

fisioterapia, as crenças dos pais relativizam-se e a sua predisposição para a acção orientam-se de acordo com as indicações médicas.

*“Eu acho que é essa mentalidade ou conotação negativa que eu acho que a ginástica respiratória tem. E, para quem faz a primeira vez vai sempre com aquela expectativa: que é que vão fazer ao meu filho, mas depois acaba por perceber, que não é bem assim.” (G1)*

*“O que pensava da FRI não influenciou em nada! (...) Quando nós temos os bebés assim, a médica diz vai e nós vamos. Não, é? (G3)*

*“Nunca tinha ouvido falar neste tipo de fisioterapia! (...) Mas uma vez que existe e é recomendável, vai! Nem sequer pensei 2 vezes!” (G3)*

As *expectativas idealizadas* positivas face aos resultados, quando colocadas a par de expectativas *idealizadas* negativas referentes à aplicação da técnica, parecem ter mais força na tomada de decisão. Sendo a técnica assumida como uma prática segura e eficaz, o fim justifica os meios, o que importa são os resultados clínicos.

*“Não influenciou, porque mesmo tendo uma ideia não tão boa, não tendo uma ideia positiva, independentemente de ser uma coisa difícil ou não ou com alguma carga negativa o importante era fazê-la mesmo que isso custasse, o peso que pudesse ter de negativo não pesou na decisão de fazer fisioterapia de maneira nenhuma.” (G2)*

As *expectativas idealizadas* positivas iniciais, construídas perante a possibilidade de uma redução ou mesmo abolição dos medicamentos, nomeadamente antibióticos, tendo por alternativa, uma técnica manual, também parecem ser um forte motivo para fomentar a primeira adesão ao tratamento.

*“Eu queria mesmo que ela ficasse boa e evitar a questão do antibiótico (...) Eu vivia pensado nessa possibilidade de ela evitar o antibiótico e as medicações, que trazem efeitos secundários, sair desses quadros de repetição de bronquiolite (...)”.(G1)*

*“Sem dúvida que se ele não tiver que tomar químicos, ou se puder reduzir, tanto melhor”. (G3)*

## **2. Benefícios percebidos com a FRI e, se estes superam as barreiras.**

Neste grupo todos os pais avaliaram a FRI como tendo sido eficaz, e em alguns casos mais efectiva que outras alternativas terapêuticas como os antibióticos e outros medicamentos. Adiante, descrevem-se alguns dos benefícios percebidos:

*“O bebé acaba por ficar muito mais calmo e, nós sabermos que a ginástica tem mesmo um efeito muito rápido, o resultado é muito rápido e vêem-se melhoras muito rápidas. Enquanto, se começamos com antibióticos ou celestone, ou aerossóis o processo de melhora é muito mais lento. Enquanto com a ginástica respiratória o efeito é mais rápido, resultado esperado é mais rápido de se atingir.” (G1)*

*“Fiquei agradavelmente satisfeita com os resultados (...) senti que era eficaz (...) Foi maravilhoso, com o meu!” (G3)*

Das barreiras referidas, salientam-se as barreiras associadas a criança (fragilidade, sofrimento/desconforto, colaboração), a falta de informação, a escassez na oferta deste tipo de serviços; a falta de certificação dos locais, a falta de equidade e uma assimetria geográfica no acesso, a inexistência de valores de referência para o preço, o processo burocrático e as políticas de saúde, já citadas anteriormente.

Algumas das barreiras deixaram de ter fundamentação, após a presença dos pais no tratamento (por visualização da técnica e explicações do fisioterapeuta) e com a percepção dos resultados. São exemplos as crenças relativas à patologia e à técnica.

*“Fiquei surpreendida! Mas, com o T resultou, portanto eu estava contente” (G2)*

*“Percebi pela função da FT que era uma coisa que funcionava (...) Criança poder facilmente expelir a expectoração e portanto não ter que recorrer a outro tipo de intervenção medicamentosa.” (G3)*

*“Achava que fosse uma técnica ou uma prática mais violenta do que aquilo que vi”(G1).*

*“ Há que alertar, sejam os pais ou os avós que na altura estejam a ver o tratamento, sobre o que vai acontecer.” (GP)*

Excepcionalmente, perfil do fisioterapeuta emerge como um factor determinante para a adesão ao tratamento, justamente após o contacto com este serviço. Tal, significa que o perfil do fisioterapeuta poderá ser um factor facilitador da adesão, se já existe uma relação de empatia com este profissional e, se este se encontra acessível (preço,

distância); ou dissuasor se não foi estabelecida uma relação de confiança ou se existem dificuldades em aceder ao prestador de serviços inicial.

*“Eu só quando vi o tratamento e a forma como é feito é que, se não fosse a pessoa certa no meu entendimento poderia haver algum sentimento em desfavor da fisioterapia” (G3)*

*“Experimentei e não gostei. Depois com outra fisioterapeuta foi mais fácil e, muito mais simples”. (GP)*

Com base numa citação de uma mãe, um serviço disponibilizado por uma fisioterapeuta afectuosa parece ter um valor mais significativo, que o custo económico do tratamento, para resultados clínicos semelhantes.

*“Sempre que eu tenha que recorrer à FRI, vou estar com atenção: ou ir à primeira fisioterapeuta ou ir àquela, mesmo sendo cara! (Risos gerais) mas, que eu já vi como funciona (...) Porque vou estar sempre com este aperto! “ (G3)*

O processo burocrático foi uma barreira que alguns pais conseguiram contornar, porque conhecendo o processo, anteciparam os obstáculos e resolveram-nos. Uma mãe avaliando a efectividade do tratamento domiciliário, face a outros modelos de tratamento, optou por dirigir-se directamente à fisioterapeuta e fazer FRI no domicílio.

*“No meu caso senti que era eficaz, tanto que quando não consegui falar com o médico eu mesma fui procurar o fisioterapeuta que acabou por fazer. (...) A terapeuta levantou a questão de não ter prescrição médica... Telefonei para a médica ali no local e ela atendeu-me e disse: faz muito bem! E, a terapeuta teve via telefone a confirmação da prescrição! “(G3)*

*“E, agora eu penso que irei por mim própria, vou mesmo sem a Pediatra dizer, eu agora já sou capaz de o fazer! “(G3)*

*“Notámos que foi uma mudança radical (sem tomar químicos) e das outras vezes que fez fomos já fomos nós que pedimos à Pediatra FRI.” (G3)*

*“Depois ela voltou a precisar. E, aí não contactámos nem a pediatra, fomos directamente à fisioterapeuta [que fez no domicílio]. Porque sentíamos que não valia a pena deixar o quadro piorar (...) O meu seguro não paga domicílio”. (G3)*

A dificuldade no acesso à FRI em determinadas áreas geográficas por falta de cobertura ao nível deste tipo de cuidados; o acesso condicionado pelas listas de espera; a

escassez de profissionais com competência nesta área; e os factores económicos, todos eles reflexos de políticas de saúde e de educação desajustadas às necessidades desta população, parecem ser barreiras que a percepção dos benefícios poderá não ultrapassar.

*“Tenho uma sobrinha que esteve hospitalizada na Guarda. Saiu do hospital bem-disposta, mas sempre com expectoração, entupida, tosse (...) e, falei ao meu irmão. (...) não fosse eu ter tido este tipo de conhecimento (em Lisboa), a bebé iria continuar a tomar xarope para isto e para aquilo!” (G Piloto).*

*“O local realmente não tem vagas e tem filas de espera muito grandes, mas a FT é tão sensível aos casos das crianças, que tenta encaixar esses casos.” (G1)*

*“Em alguns casos não haver acordo coma a ADSE, foi critério de exclusão” (G2)*

Os próprios pais salientam a necessidade de mudanças: reformulação das políticas de saúde, importância da mudança de práticas por parte dos médicos; investimento em campanhas de divulgação da FRI junto dos pais (e igualmente dos médicos).

*“Eu sinto com todas essas políticas que vão mudando em relação à saúde, que cada vez menos as pessoas têm direito por decidirem pelos seus próprios tratamentos, não é?! As pessoas estão ficando cada vez mais restritas naquilo que podem fazer. E, sempre que eu recorri às urgências, nunca me falaram sobre ginástica respiratória. É sempre o antibiótico tal e o anti-inflamatório tal... E, o que eu sinto é que o antibiótico e os anti-inflamatórios não ajudam minimamente com a prevenção. Você utiliza quando a pessoa está realmente doente e quer combater aquilo. E, há estudos que até provam que ajuda nas reincidências, mais do que a prevenção. Por isso, acho fundamental, FUNDAMENTAL que a ginástica respiratória estivesse mais no Sistema Nacional de Saúde, para que as pessoas pudessem utilizar mais a prevenção e, não a gente actuar quando o quadro já está instalado.” (G1).*

*“Esta questão dos acordos, é fundamental (...) acho fundamental os serviços de saúde, sejam eles o SNS, seja através de um seguro, possam providenciar isso ao utente. Para mim é fundamental eu poder optar pela fisioterapia em vez de ir para a médica (...) Para mim essa é uma condição sine qua non da evolução dos tempos”. (G3)*

*“ (...) Muitas vezes recorrem a Pediatras que não têm o tipo de postura: OK! Vamos experimentar fazer técnicas não tão evasivas ou tão químicas para as crianças.” (GP)*

*É um tipo de técnicas que não está assim tão divulgada para alguns pais. Acho que isso é da responsabilidade do Ministério da Saúde (...). Se puserem nos Centros de Saúde qualquer informação sobre a fisioterapia, as pessoas vão acabar por saber. Ou inclusive nas revistas para bebés, enfim. Há vários meios possíveis para divulgação. “ (GP)*

*“Hoje em dia é muito fácil. Mas, há muito pouca divulgação” (GP)*

*“Deveria ser muito mais divulgado. “ (GP).*

### **3. Experiência da FRI vs Recurso à FRI em episódios/ filhos posteriores**

Quase todos os pais incluídos neste estudo responderam que consideravam que a primeira experiência de fisioterapia respiratória infantil tinha sido “positiva”: ao nível dos resultados clínicos obtidos; pelo facto de ser uma técnica manual sem efeitos secundários e por não ser tão violenta quanto as expectativas iniciais o faziam prever; e pela relação estabelecida com o fisioterapeuta.

*“Isso do gostar, não está somente relacionado com os resultados mas também com o terapeuta. Sem dúvida é um tratamento muito pessoal, não é? Não é um trabalho de secretária.” (G3)*

*“Sim voltaria, noutro episódio e num segundo filho. A intervenção é pura não é ...com mais nada!” (G3)*

*“A adesão foi instantânea (...) Tanto que depois fez logo passado uns tempos outras sessões. “ (G3)*



Os pais referiram ainda que passaram a optar pela fisioterapia como primeira opção terapêutica, por questionar o médico sobre a sua relevância em situações que ocorreram posteriormente (algumas vezes através de uma simples chamada telefónica).

*Fiquei agradavelmente satisfeita. E, tanto que noutros episódios a seguir recorri mesmo antes da pediatra sugerir, ou apenas com consulta telefónica a perguntar o que achava dessa situação [FRI]. (G3)*

Um caso, insatisfeito com a primeira experiência, embora tenha recorrido à fisioterapia num episódio posterior, (por indicação médica) procurou outra fisioterapeuta que correspondesse ao perfil profissional que pretendia.

*Já fiz outro tipo de fisioterapia de fisioterapia respiratória que não gostei e, procurei até encontrar uma fisioterapeuta que gostasse e que achei que minimizasse o sofrimento da criança (GP)*

Para além dos resultados, parece haver necessidade de se estabelecer uma relação de empatia e confiança com o fisioterapeuta, e no caso de tal não se verificar numa primeira experiência, os pais poderão tomar uma posição em desfavor da fisioterapia.

*Mas, foi porque tive uma experiência positiva, porque poderia dar o contrário. Se não tivesse gostado da fisioterapeuta. Se não tivesse sentido de forma positiva tudo o que a primeira fisioterapeuta fez, poderia não voltar. (G3)*

#### **4. Conhecimento e capacitação vs alteração de práticas e pro-actividade**

O facto de os pais possuírem informação sobre os benefícios da fisioterapia, conhecerem a evolução do quadro clínico, e identificarem sinais indicadores da necessidade da FRI, permite-lhes agir de uma forma mais segura e oportuna no sentido do tratamento, da prevenção e da promoção da saúde.

##### **2.1. Pro-actividade:**

Um exemplo de pro-actividade é a iniciativa apresentada pelos pais, no sentido da procura da fisioterapia.

Esta atitude pressupõe: haver percepção dos benefícios associados à FRI (tais como eficácia da técnica, sem necessidade de recorrer a “químicos”); a existência de

conhecimentos ao nível da identificação de sinais clínicos indicadores da necessidade e oportunidade da FRI (como a tosse produtiva e a dificuldade respiratória); e informação sobre a como aceder a esse tipo de cuidados (processo burocrático – prescrição médica, acesso ao serviço no domicílio). Estas informações foram alcançadas durante as sessões de fisioterapia.

*“No meu caso senti que era eficaz, tanto que quando não consegui falar com o médico eu mesma fui procurar o fisioterapeuta que acabou por fazer. (...) A terapeuta levantou a questão de não ter prescrição médica... Telefonei para a médica ali no local e ela atendeu-me e disse: faz muito bem! E, a terapeuta teve via telefone a confirmação da prescrição!”(G3)*

“

*“E, agora eu penso que irei por mim própria, vou mesmo sem a Pediatra dizer, eu agora já sou capaz de o fazer!”(G3)*

*“Notámos que foi uma mudança radical (sem tomar químicos) e das outras vezes que fez fomos já nós que pedimos à Pediatra fisioterapia. “ (G3)*

*“Depois ela voltou a precisar. E, aí não contactámos nem a pediatra, fomos directamente à fisioterapeuta [que fez no domicílio]. Porque sentíamos que não valia a pena deixar o quadro piorar ” (G1).*

*“Eu fui pedir apoio ao Fisioterapeuta para saber se ele via aquilo que eu via [para esclarecer significado/gravidade de alguns sinais clínicos], antes de se fazer os RX. (...) a minha não tinha muita tosse, não tinha propriamente dificuldade em respirar visível. Acontecia que à noite ela não dormia e queixava-se de uma dor no lado esquerdo! “ (G4)*

## **2.2. Alteração de práticas:**

A fisioterapia tem um potencial na área da educação para a saúde, que deverá ser valorizado. Os casos em estudo deram relevância não apenas a ganhos obtidos em termos de resultados clínicos, mas igualmente ao *empowerment* que lhe foi transmitido, em termos de capacitação para que pudessem ter actuações preventivas, ser auto-suficientes em casos de gravidade ligeira; ou, pudessem ter um contributo importante nos casos de gravidade moderada e severa.

*“Eu, sempre que recorri a fisioterapeutas (e foram variados), eles sempre me deram conselhos, em termos de procedimentos.” (GP)*

*“Líquidos, beber água....fazer isto, fazer aquilo. Sei, lá! E, às vezes inclusive alguma técnica de se fazer, coisas simples, não é?! Que em casa também se podem fazer” (GP)*

*“Então...tem a ver com essa profilaxia, que se pode fazer dentro de casa e eu ia lá e aprendia muito mais coisas. “ (G1).*

*“Nós lá em casa, passámos a fazer umas sessões muito caseiras (...) implementámos a massagem com recurso a uma máquina que faz vibração, que eu adaptei com uma almofadinha de acordo com indicação da fisioterapeuta. Deitava-os de barriga para baixo e depois colocava nas costas para soltar a expectoração (...) e umas pancadinhas secas.” (G3)*

*“ No meu caso o procedimento era sempre que eles tinham dificuldade respiratória, fazer aerossóis para depois quando fosse a fisioterapeuta ser um bocadinho mais fácil a*

Os pais referem frequentemente que “aprenderam”; que mudaram práticas – “ eu passei a por soro de forma diferente”, “ há uma atenção diferente”ou “após indicação da fisioterapeuta uso mais, com mais frequência e em mais quantidade (...) e que estas práticas foram integradas – “Sempre a limpar mais o quarto deles” ou “nós continuamos a fazer soro, porque tem muitas vezes o nariz entupido”.

*“Eu sinto que eu aprendi também algumas coisas como, por exemplo: Aprendi que a gente devia dar tanto mais líquidos, quanto mais apanhada e, a utilizar o soro mais frequentemente do que aquilo que eu usava “(G1).*

*“De momento, a minha mulher em termos de pó está sempre mais atenta. Sempre a limpar mais o quarto deles. Nota-se que há uma atenção diferente” (G1)*

*“Nós continuamos a fazer soro. Ele tem muitas vezes o nariz entupido e eu ponho imenso” (G2).*

*“Eu passei a por o soro de forma diferente, após a fisioterapia: fazia com ela deitada e comecei a fazer com ela sentada” (G2)*

*“Já usava soro fisiológico. Mas, agora, após indicação da FT uso mais, com mais frequência e em mais quantidade (...) sempre que eles estão com ranhoca (...) Utilizo sempre unidoses(...) Banho e ambientes húmidos (...) Dar muita água quando eles estão constipados é o melhor de tudo!”(G3)*

Nos casos de patologia respiratória infantil os pais parecem reconhecer ser importante uma abordagem preventiva, tanto por parte do médico como do fisioterapeuta.

*“Nós usávamos o soro de forma errada e foi na fisioterapia que nós aprendemos que na verdade você coloca o soro com a criança direita E, eu colocava com ela deitada” (G1)*

*“A minha médica fala sempre de tudo o que é seguro e o que se deve evitar (...) Falou na necessidade de lavar a fralda e o peluche com que dorme, todas as semanas e, evitar ter livros no quarto, evitar ter tapetes” (G3)*

E, ainda que ainda que caiba aos profissionais de saúde a função de informar os pais sobre as boas práticas, o conhecimento é um processo dinâmico e inter-activo, no qual os pais tem igualmente um papel importante como fonte de informação.

*“Eu ainda estou a dar a mama (10 meses) que mantenho como forma de melhorar as defesas. Porque eu intuitivamente acho que fica melhor. A médica não está tão de acordo como isso, mas eu acho que faz bem. A verdade é que ela desentope o nariz. (...)” (G3)*

*Eu acho que nós mães sabemos sempre, quase sempre, o que é melhor para os nossos filhos”. (G3)*

## SECÇÃO 4 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

### 1. DISCUSSÃO

Kruger *et Casey* (2000:145) referem que o principal objectivo de um relatório construído a partir de uma investigação com a técnica de grupos focais é “*trazer conhecimento, compreender sentimentos, transmitir informações*”.

Concluída a análise dos dados recolhidos nos grupos focais, passar-se-á à sua discussão. Como se trata de uma área de estudo, nova nem sempre será possível apresentar dados de outros estudos e, discutir os resultados com base na literatura. Nestes casos levantar-se-ão algumas hipóteses, que poderão vir a ser utilizadas como hipóteses de pesquisa noutros estudos complementares (Trad, 2009).

As expectativas iniciais dos pais eram essencialmente categorias do tipo *idealizado* (positivas ou negativas) e do tipo *vago ou sem uma ideia pré-concebida* (Bialosky *et al*, 2010). E, parecem resultar da inexistência de experiência anterior e de falta de informação sobre a fisioterapia respiratória Infantil., generalizada aos diferentes extractos socioeconómicos.

As expectativas iniciais do tipo *vago* (Bialosky *et al*, 2010)., parecem ter surgido do desconhecimento sobre a fisioterapia respiratória. Ainda que a maioria dos participantes trabalhe no âmbito da saúde e a formação académica seja igual ou superior a licenciatura, nenhum destes factos parece ter contribuído para a existência de conhecimentos sobre a FRI antes da realização da mesma e, todos os pais revelaram não ter efectuado qualquer pesquisa neste âmbito, assumindo considerar as orientações dos médicos pediatras de plena “confiança” e “inquestionáveis”.

Num número significativo de pais, foram evidentes construções de “*esperança*” de melhoria da condição respiratória dos bebés e de “*desejo*” de retorno às rotinas por parte da criança e restante núcleo familiar, características que definem as expectativas *idealizadas* positivas (Bialosky *et al*, 2010:1346) e que vão ao encontro do que Ammentorp *et al* (2005:127) definem como o resultado mais importante em cuidados pediátricos: *redução dos sintomas e uma melhoria da saúde da criança*”.

Incluída nesta mesma categoria, há a realçar uma outra aspiração dos pais, correspondente ao “*desejo*” que a FRI seja uma terapêutica alternativa ao antibiótico, por ser uma terapêutica natural, eficaz e sem efeitos colaterais. Neste âmbito, salienta-se o paralelismo entre as preocupações dos pais e as directrizes da DGS, que na sua página electrónica adverte para que os antibióticos sejam “*utilizados criteriosamente nas infecções provocadas por bactérias (...)* Tomar antibióticos desnecessariamente aumenta o risco das bactérias adquirirem resistências” (<http://www.dgs.pt/>, 2012). Estas expectativas revelam a necessidade da realização de mais estudos sobre efectividade em fisioterapia para que seja colocada como prática clínica de 1ª linha, em alternativa ao modelo actual que a releva para último recurso, quando as outras medidas (com base em medicamentos) se revelaram pouco eficazes. A informação dos resultados em fisioterapia parece chegar aos médicos, porque os pais lhes transmitem a sua percepção dos resultados, que é importante, mas não suficientemente forte para mudar práticas.

As restantes expectativas classificadas como *idealizadas* negativas iniciais, embora não encontrem enquadramento no modelo teórico de referência, emergiram dos relatos dos pais e encontram-se associadas ao receio do que poderá acontecer ao seu filho, perante a gravidade percebida do quadro clínico das patologias respiratórias, e face às técnicas aplicadas na FRI. Resultam de construções falsas ou exageradas, de base empírica e pouco esclarecidas em que a FRI surge como uma intervenção próxima de órgãos nobres como o coração; em que muitos dos casos são bebés “*frágeis*” (sic) ou crianças provavelmente “*não colaborantes*” (sic), associada a agressividade e stress emocional, e a um quadro clínico de dificuldade respiratória prolongada e com probabilidade de agravamento, que implicam um desgaste físico e emocional, com alterações de rotinas escolares, profissionais e sociais, generalizadas a toda a família.

Partindo do “*Modelo de crenças na saúde*” (Couto, 1998) foi possível identificar a figura do médico pediatra como a principal *pista para a acção ou factor desencadeante externo* (nos pais), da procura de fisioterapia respiratória. Como primeira fonte de informação perante a doença, seria oportuno e vantajoso que os médicos informassem os pais sobre a fisioterapia respiratória infantil, contribuindo para a eliminação de ideias pré-concebidas acerca da técnica.

As expectativas normativas iniciais e que compreendem as dimensões identificadas como importantes para a satisfação com a intervenção da fisioterapia em condições de patologia respiratória infantil foram: acesso aos cuidados; presença dos pais no tratamento; protocolo de intervenção clínica para as patologias agudas do foro respiratório infantil; equipamentos e condições técnicas; práticas para a prevenção de infecções nosocomiais; perfil do fisioterapeuta.

A literatura define estas “*preferências e desejos*” como prioridades em cuidados de saúde (Ammentorp *et al.* (2005: 127) e, que uma avaliação de satisfação deverá incluir também, o que é “*prioritário*”. Nestes participantes, quando é comparando o que é prioritário com o que é satisfeito, as maiores diferenças são o acesso aos cuidados e o protocolo de intervenção terapêutica, que os pais caracterizam com uma prescrição excessiva de medicamentos, entre os quais destacam os antibióticos. Os equipamentos, as práticas para a prevenção de infecções nosocomiais, a presença de um dos pais no tratamento e o perfil do fisioterapeuta parecem estar em concordância com as expectativas normativas. Comparando os resultados deste estudo com o realizado por Ammentorp e outros autores intitulado como “*prioridades e satisfação em cuidados de saúde pediátricos*”, verificaram-se várias semelhanças entre os participantes de ambos os estudos. O *acesso aos cuidados* foi referido em ambos como a principal prioridade. A falha na informação sobre locais que disponibilizassem este serviço e a sua certificação (apontada pelos grupos focais), vai ao encontro da 2ª prioridade definida por Ammentorp como “*informação e comunicação relacionadas com o cuidado e o tratamento*”. O processo burocrático, a falta de regulamentação dos preços e a constatação da inexistência de quaisquer acordos em algumas unidades privadas (SNS, outros subsistemas de saúde e seguros) também referidos pelos participantes deste estudo poderão relacionar-se com a 3ª prioridade definida por Ammentorp: “*informações relativas às condições práticas*”. A dimensão identificada como protocolo de intervenção clínica para as patologias, que representa a percepção de uma prescrição excessiva de medicamentos, enquadra-se na 4ª prioridade: comportamento dos médicos. O estudo de Ammentorp não inclui fisioterapeutas, refere-se apenas a médicos e enfermeiros (4ª e 5ª prioridades, respectivamente), mas em ambos se definem atributos como ser afectuoso, cuidadoso, compreensivo, a escuta activa e a capacidade de ensinar, idênticos a este estudo.

Bialosky *et al* (2010) referem no seu estudo sobre fisioterapia aplicada em casos de lombalgia, que a mudança na compreensão da doença, permite que os indivíduos tenham uma participação activa na sua recuperação. Da mesma forma, se os pais tiverem conhecimentos sobre práticas que possam melhorar a condição clínica dos seus filhos conhecimentos, poderão intervir de uma forma eficaz e segura no processo de recuperação dos seus filhos.

Os mesmos autores referem ainda que em condições músculo-esqueléticas, a expectativa face à fisioterapia é um “*mediador*” de resultados, referindo que existe uma relação entre expectativas *predictivas* e resultados clínicos. O mesmo poderá acontecer nos casos de patologia respiratória infantil: os pais ao reconhecer os sinais clínicos (tosse e corrimento nasal) como gravidade ligeira, embora os devam monitorizar, não precisam de retirar a criança do seu ambiente.

O conhecimento dos resultados esperados é também importante para o uso dos recursos de uma forma efectiva e sustentada: *a discrepância entre as expectativas predictivas e os resultados esperados, poderá levar a um uso contínuo dos cuidados sem que haja benefício* Bialosky *et al* (2010), além implicações para o SNS, contribuirá para encargos económicos não justificados e, para o absentismo profissional e escolar.

E, como os próprios pais definiram a sua relação com o médico, como uma relação de confiança absoluta, parece oportuno, potencializar-se o tempo da consulta para o ensino de práticas que poderia capacitar os pais para uma intervenção mais autónoma, não só perante a doença mas também preventiva. A experiência de um primeiro filho poderá desencadear práticas no âmbito da promoção da saúde, também de outros filhos. Ao fisioterapeuta caberá o papel de reforçar a informação anterior e promoverá o envolvimento dos pais. Estas práticas poderão contribuir para reduzir a carga emocional negativa identificada durante o tratamento (dos pais e das crianças) e promover a adesão quer numa primeira experiência, quer em caso de necessidades posteriores. Os próprios pais reconhecem a “*capacidade de ensinar*” uma competência importante no conjunto de aptidões que deverão constituir o perfil do profissional de saúde (Ammentorp *et al*, 2012).



Souza e outros autores (2007) alertam para a falta de clareza existente face ao tempo necessário para os resultados se manifestarem, que os pacientes se encontram em desvantagem para avaliar os serviços, e que por isso a maioria das decisões é tomada por um profissional de saúde ou uma entidade. E, não havendo um subsistema de saúde ou um seguro de saúde que participe, os preços praticados poderão oscilar entre diferentes ordens de grandeza. Por estas razões é igualmente importante que os pais disponham do máximo de informações sobre o cuidado e os tratamentos.

Neste estudo, a estruturação mental das crenças e percepções associadas à FRI antes do tratamento é um processo multifactorial, construído com base em várias relações de causalidade. A análise dos dados permitiu identificar as seguintes variáveis: importância atribuída à saúde da criança, enquadramento emocional, percepção da gravidade da doença; crenças associadas à patologia e à técnica (onde se incluem factores inerentes à criança; responsabilidade e tomada de decisão atribuída aos pais); *“locus de controlo, “variáveis estruturais, pistas para a acção”* (Couto, 1998:6) e barreiras.

O processo de construção das expectativas iniciais dos pais teve por base a importância atribuída à saúde dos seus filhos, pela significado e impacto que a ausência desta poderá ter nas suas vidas.

A preocupação com a saúde da criança parece relacionar-se com o nível de gravidade percebido, que dependerá das crenças que foram desenvolvidas sobre a patologia respiratória infantil e sobre a técnica; de factores associados à criança, como as manifestações clínicas, a sua idade e a duração do episódio; da responsabilidade e tomada de decisão atribuída aos pais e da *crença que a saúde é controlada por outras forças influentes*”, referida por Couto (1998:7) como *“locus de controlo”*.

Os *“conhecimentos sobre a doença”* e sobre a FRI e os *“contactos anteriores”* com ambas (denominados na literatura como *“variáveis estruturais”*); as *“pistas para a acção”* definidas como *“factores desencadeantes externos”* (Couto, 1998:6), no sentido do alcance da melhoria da saúde da criança; assim como a capacidade de ultrapassar as barreiras, são outros factores a considerar na formulação do tipo de expectativas que irão surgir no início da FRI.

As expectativas finais face à FRI, são construídas essencialmente com base nos afectos e em estados emocionais, esperados para a FRI, e por isso categorizadas como expectativas afectivas e emocionais - categoria não incluída no modelo de referência. As razões parecem apontar para o facto do modelo de referência ter sido desenvolvido para ser aplicado directamente ao doente e, noutras condições clínicas que não as pediátricas (Bialosky *et al.*, 2010).

Embora o enquadramento emocional dos pais tivesse sido referido como um factor importante na estruturação mental das expectativas iniciais, definido como o resultado da inter-acção do participante com o meio envolvente. As expectativas categorizadas como afectivas ou emocionais, foram construídas com base em percepções resultantes de experiências posteriores e por isso surgem como novidade. Centram-se nas características esperadas para o perfil do fisioterapeuta e na relação que deverá ser estabelecida com as crianças e com os pais. Não se trata de uma idealização, porque tanto o perfil do fisioterapeuta como o modelo de relação, foram definidos como critérios prioritários em situação de procura ou selecção deste serviço. A partir do momento em que os pais desenvolveram uma percepção dos benefícios da FRI, consideram as competências técnicas do fisioterapeuta como aptidões de base da profissão. Mas, trabalhar com uma população pediátrica exige competências pessoais específicas, nomeadamente um tipo de personalidade calma, afectuosa, paciente, alegre e criativa, associada a uma capacidade de escuta activa e envolvimento dos pais.

As expectativas preditivas finais face à fisioterapia, relacionadas com indicadores clínicos (redução da tosse, corrimento nasal e dificuldade respiratória) e de qualidade de vida (apetite, sono, brincar e regresso às rotinas do dia-a-dia por parte de toda a família), adquiriram relevância com o contacto anterior com a técnica e a percepção da evolução do quadro clínico após esta terapêutica. Nestes casos, a gravidade inicial variou entre moderada (78%) e severa (22%) (Rudan *et al.*, 2004: 897), como uma evolução clínica em todos os casos para a melhoria.

A tosse com expectoração foi o único indicador avaliado que se manteve presente no final do tratamento, mas não foi impedimento para o regresso às actividades normais de 100% dos casos (Apêndice 10). Este facto realça a importância da

caracterização das expectativas finais dos pais, porque uma hipervalorização da tosse (expectativas preditivas elevadas) poderá ser impeditiva para um retorno da criança e da sua família às suas actividades escolares e profissionais.

Foram igualmente referidos como resultados esperados da FRI, a dispensa de medicamentos (como expectorantes, antibióticos e corticóides) e a adesão da criança ao tratamento (nos casos dos bebés é esperado que chore quando a técnica lhe provoque algum desconforto, por exemplo no momento em que se actua a nível do reflexo da tosse e, no caso de crianças mais velhas que associe o tratamento a uma actividade lúdica),

As expectativas idealizadas finais também se dividiram em negativas e positivas, sendo que as idealizadas negativas foram mais citadas.

Perante o processo que antecede o acesso aos serviços, os casos economicamente mais desfavorecidos e os casos crónicos (crianças asmáticas) revelam possuir mais expectativas idealizadas negativas. Este tipo de expectativas resultou de construções de impotência face aos custos, sobretudo pela falta de acordos existente entre as unidades prestadoras deste serviço e o SNS. A escassez de oferta deste serviço também concorrerá para a especulação dos preços (dado não haver regulamentação dos preços), contribuindo para a formulação de expectativas negativas.

Outras variáveis que parecem contribuir para uma desigualdade de oportunidades e, se reflectiram na construção de expectativas idealizadas negativas são: a ausência de um seguro de saúde (pela sua influência no acesso); a inexistência de apoio de terceiros (pela sua importância no absentismo profissional dos pais) e a localização geográfica (pela ausência de cobertura deste serviço a nível nacional). Assim, pais sem apoio de terceiros, sem seguro de saúde e a viver em áreas geográficas sem cobertura nestes serviços de saúde poderão ter mais propensão a construções de temor e impotência.

As expectativas idealizadas positivas finais resultaram de construções de “*esperança*” de numa situação futura ser possível poder realizar fisioterapia no domicílio (no próprio ambiente da criança); poder contar com a colaboração e adesão das crianças no decorrer do tratamento, e que a fisioterapia possa substituir uma

terapêutica assente em medicamentos e, que sobretudo se reduza a prescrição de antibióticos, sempre que o quadro clínico o permitir.

As expectativas normativas finais, caracterizadas por representarem “*o que se acredita que acontecerá em situações futuras*”, assumiram uma maior importância após o contacto com a realidade. A informação obtida, contribuiu para que expectativas idealizadas iniciais - “*desejos*”, se tornassem expectativas normativas - regras ou “*prioridades*”. Foram citadas como principais prioridades: a presença de pelo menos um dos pais no tratamento; a dimensão de acesso aos cuidados (contribuindo para a agilização do processo, contratando directamente os serviços de fisioterapia, se possível estabelecer uma relação de fidelização com o fisioterapeuta, e realizar FRI no domicílio) e alterações do protocolo de intervenção (invertendo a posição da FRI de última para primeira opção, no conjunto de alternativas terapêuticas). Foram ainda consideradas 2 dimensões que mantêm a mesma relevância que tinham nas expectativas normativas iniciais: condições técnicas (menos importantes face ao carácter manual da FRI, mas que poderão ter um contributo significativo enquanto equipamentos de carácter lúdico) e práticas para a prevenção de infeções nosocomiais (consideradas “*muito importantes*” [sic] mas, pouco citadas).

As expectativas vagas iniciais desapareceram após o contacto com a FRI, a informação transmitida pelo fisioterapeuta e a percepção dos benefícios

Procurou-se uma relação entre as expectativas dos pais e adesão ao tratamento, analisando os dados emergentes em 4 perspectivas: 1) Expectativas iniciais e a sua influência na adesão ao tratamento; 2) Benefícios percebidos e, se estes superam as barreiras; 3) Recurso à FRI em episódios ou filhos posteriores; 4) Expectativas preditivas vs alterações de práticas e pro-actividade.

As citações dos pais parecem evidenciar que expectativas idealizadas iniciais negativas poderão contribuir para que a FRI não seja considerada como opção de tratamento, ou para o adiamento da tomada de decisão, o que poderá comprometer os resultados e o tempo para os atingir. Mas, nos casos em que a indicação foi médica, esta pista para a acção revelou-se mais importantes do que as expectativas existentes, fossem elas idealizadas ou vagas e, determinante na procura deste serviço.

Nos casos de coincidência de expectativas negativas referentes à aplicação da técnica e expectativas positivas face aos resultados, as expectativas positivas face aos resultados parecem ter mais impacto na tomada de decisão.

As expectativas idealizadas positivas perante a possibilidade de uma redução ou eliminação dos antibióticos, tendo por alternativa uma técnica manual sem efeitos “secundários”, “tóxicos”, “químicos” (sic), são igualmente um motivo importante para fomentar a adesão.

Couto (1998:6) refere que “ *os benefícios percebidos da acção que se pretende realizar, superarem as barreiras percebidas, desta mesma acção, as probabilidades de o indivíduo empreender essa acção serão elevadas.*” A percepção dos benefícios estendeu-se a todos os pais envolvidos neste estudo. A FRI foi inclusive, considerada por alguns pais como mais efectiva que outras alternativas terapêuticas usualmente prescritas.

Com o contacto com o tratamento, algumas das barreiras como as crenças relativas à patologia e à técnica desapareceram. Um dos principais motivos parece ter sido a percepção dos benefícios, embora a par da visualização da técnica e das explicações do fisioterapeuta.

Neste estudo, verificou-se que o perfil do fisioterapeuta poderá ser um factor facilitador da adesão, sobretudo se já existia uma relação de empatia com este profissional e, se este se encontrava acessível (preço, distância). Mas, poderá ser dissuasor, ainda que existam benefícios percebidos, se não for estabelecida uma relação de confiança ou se existirem dificuldades em aceder ao prestador de serviços inicial.

Perante a percepção dos benefícios e o conhecimento do processo burocrático, alguns pais anteciparam os obstáculos e criaram soluções, através do contacto directo com o fisioterapeuta e optando por fazer fisioterapia no domicílio.

Mas, foram reconhecidas barreiras que a percepção dos benefícios não conseguirá ultrapassar, tais como falta de cobertura geográfica, escassez de recursos, humanos (fisioterapeutas), acordos em número insuficiente com a SNS e factores

económicos. Estas barreiras parecem identificar a necessidade de alterar políticas ao nível da educação e da saúde.

A escassez na oferta deste serviço e as listas de espera<sup>1</sup>, poderão justificar-se pela falta de recursos humanos – fisioterapeutas com competências em patologia respiratória infantil. Na formação de base (licenciatura) a fisioterapia em patologia respiratória infantil não faz parte das áreas de estágio obrigatórias - é considerada área vocacional, apenas alguns alunos desenvolvem aptidões nesta área (embora existam conteúdos curriculares de avaliação e intervenção inseridos na área específica de pediatria) e, posteriormente as oportunidades de exercício também são escassas.

Quando o primeiro contacto foi uma experiência “positiva” (sic) (em virtude dos resultados obtidos, por haver uma ideia pré-concebida que associava a técnica a violência e tal não se ter verificado; por ser uma técnica manual com resultados imediatos e sem efeitos secundários e, pela relação estabelecida com o fisioterapeuta e os conhecimentos adquiridos), os pais referiram que tinham recorrido novamente à fisioterapia, ou que em caso de se verificar uma necessidade no futuro iria optar pela fisioterapia como primeira opção.

Mas, quer perante uma situação em que os resultados se revelaram insuficientes relativamente ao esperado (expectativas preditivas elevadas), quer por não se ter estabelecido uma relação de empatia e confiança com o fisioterapeuta (expectativas emocionais e afectivas elevadas), os pais ou abandonaram o tratamento ou procuraram outro local para lhe dar continuidade.

O contacto com a técnica, uma postura de escuta activa por parte do fisioterapeuta (que corresponderá a uma oportunidade de aprendizagem para os pais) e, a percepção dos benefícios, poderá contribuir para que os pais intervenham de uma forma oportuna e segura no processo de tratamento dos seus filhos.

---

<sup>1</sup> Mas, também por opção das unidades de saúde, dado que este tratamento obriga a uma dedicação exclusiva a este tipo de utentes, reduzindo a produtividade do fisioterapeuta (que normalmente tem vários doentes a seu cargo ao mesmo tempo) e comprometendo os objectivos da empresa.

A aprendizagem de sinais indicadores da necessidade da FRI ou de cuidados a realizar no domicílio pelos próprios pais, poderá contribuir para reduzir o número de consultas não programadas ou mesmo a utilização de serviços de urgência.

*“E, estando Portugal num estado de emergência informal financeiro e económico, está na altura de começar a agir com mais energia (...), pois há alternativas que a sociedade actual apresenta, que poderão ser utilizadas de forma inovadora pelos agentes sociais e, em especial pelas autoridades em matéria de saúde pública (Faria, 2011)”*

Para além do tratamento a fisioterapia tem um potencial na área da educação, que poderia ser utilizado em programas de educação para a saúde sejam eles planos de acção escritos (Bhogal *et al*, 2006) dirigidos aos pais, inclusive no próprio site da DGS, ou acções de informação e sensibilização a realizar no período antecedente ao aparecimento das manifestações deste tipo de patologias, em unidades de saúde, escolas e jardins de infância, clubes e associações recreativas, junto de pais e educadores de infância, no sentido da prevenção e da promoção da saúde.

## **2. CONCLUSÕES**

Foi assumido como objectivo geral contribuir para o conhecimento das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil.

Os objectivos delineados, não se esgotaram com este estudo, mas considera-se que se colaborou com um importante volume de dados e, com a sua análise e interpretação, para a categorização das expectativas antes e depois do tratamento de fisioterapia respiratória; a descrição de factores que contribuem para a modelação do processo de construção dessas expectativas, e a caracterização da importância atribuída pelos pais à patologia respiratória infantil, enquanto modelo de tratamento.

As limitações do modelo teórico de referência (Bialosky *et al.*, 2010) obrigaram a uma adaptação deste modelo, de forma a englobar novas categorias de expectativas que emergiram da análise dos dados desta população. A categoria de expectativas idealistas foi subdividida em expectativas do tipo idealista positivo e expectativas do

tipo idealista negativo e adicionada uma nova categoria: categoria de expectativas *afectivas ou emocionais* (fig. 10).

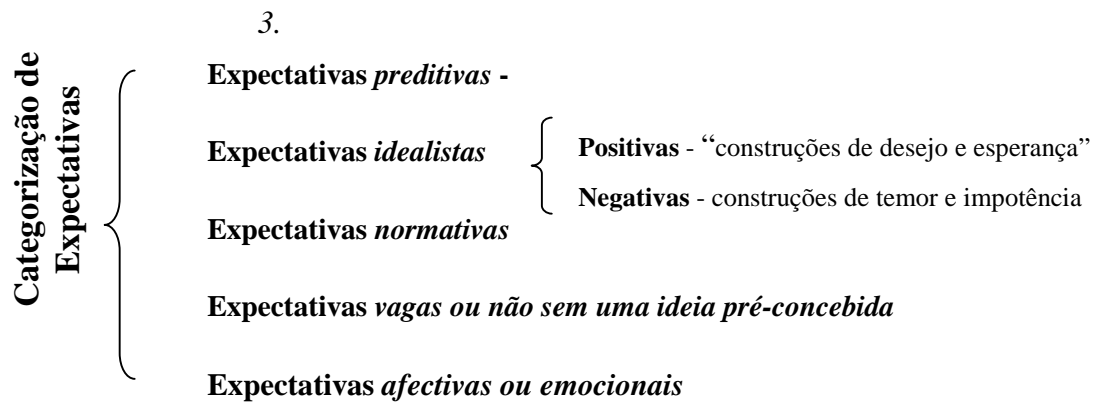


Figura 6 - Modelo de categorização das expectativas de Thompson e Sunol com introdução de novas variáveis.

A categorização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória, parece ser de extrema importância para promover a adesão, adaptar os serviços de saúde, identificar necessidades de informação de forma a contribuir para melhores resultados clínicos e reduzir toda a carga económica e social associada a esta problemática

As expectativas iniciais dos pais face à fisioterapia respiratória infantil, são sobretudo do tipo *idealizado* ou *vago*. A principal fonte de informação dos resultados esperados em FRI neste grupo, foram os contactos pessoais com a técnica. Como parece não haver da parte dos médicos informação relacionada com o tratamento e os pais não procuram obter informação por iniciativa pessoal, o tipo de expectativas preditivas iniciais não tem expressão e as idealizadas constroem-se com base na informação que circula por via informal, ou no *desejo* que caracteriza cada pai/mãe. Se acontece haver deturpação da realidade por falta de esclarecimento sobre os procedimentos técnicos que envolvem a técnica, ou sobre a fragilidade da criança, originam-se expectativas normativas negativas. Quando as construções mentais são de “desejo e esperança” e se focam em resultados ou na melhoria da qualidade de vida, estão associadas a expectativas *idealizadas* positivas.



A estruturação mental das crenças e percepções associadas à FRI antes do tratamento é um processo individual e multifactorial. Parece centrar-se na importância atribuída à criança e na percepção da gravidade do caso, construída com base em crenças relacionadas com a patologia (associada a “*falta de ar*” [sic]), características da criança (destacando-se a idade, associada pelos pais a fragilidade; ou o nível cognitivo que poderá influenciar a adesão), a tomada de responsabilidade atribuída aos pais e a crença que a doença é controlada por factores externos – *locus* de controlo. O enquadramento emocional inicial, o apoio de terceiros e as alterações de rotinas profissionais e escolares são factores mediadores da importância atribuída à saúde da criança. Os conhecimentos sobre a FRI e sobre a patologia (variáveis estruturais), os factores externos desencadeadores de procura (pistas para a acção) e as barreiras são factores que determinarão a construção das expectativas iniciais. Conhecer o processo implica poder alterar variáveis e poder, intervir no sentido do reforço positivo das variáveis para que se obtenha o máximo de resultados, num curto espaço de tempo, com um elevado grau de satisfação.

As barreiras de acesso constituem um conjunto de variáveis que emergiram de dos dados, revelando uma importância determinante tanto para a categorização do tipo de expectativas, como para o seu processo lógico da sua construção. O acesso aos cuidados é a principal prioridade dos pais com crianças com problemas respiratórios, ou qualquer outro tipo de problemas agudos (Ammentorp, 2012) As barreiras de acesso comprometem a adesão à fisioterapia e a obtenção de resultados e, contribuem para a insatisfação com os serviços

O contacto com a fisioterapia foi o principal factor modificador das expectativas iniciais destes pais. A percepção dos benefícios determinou uma mudança ao nível das expectativas, contribuindo para o desaparecimento da categoria das expectativas *vagas ou sem uma ideia pré-concebida* e para que as expectativas idealizadas dessem lugar a expectativas preditivas. Com o contacto com os serviços, as expectativas normativas adquiriram novas prioridades, o que implicou novas estratégias para as atingir: acesso aos cuidados tratamento domiciliário; protocolo de intervenção – fisioterapia como primeira alternativa de tratamento. E, com base em percepções construídas a partir de contactos anteriores com a FRI emergiu uma nova categoria de expectativas,

denominada expectativas afectivas ou emocionais. Centra-se no perfil do fisioterapeuta e na sua relação tanto com as crianças como com os pais.

As expectativas parecem relacionar-se com a adesão ao tratamento. Expectativas idealizadas ou preditivas negativas poderão comprometer a decisão ou adiá-la, mas a orientação médica poderá inverter a tomada de decisão, dado o carácter de importância que lhe é conferido pelos pais. É de extrema importância que a avaliação de resultados, se faça com base em indicadores correctos. A percepção de benefícios e se estes superam as barreiras poderá igualmente contribuir para a adesão, assim como o perfil do fisioterapeuta. Contactos anteriores com a FRI e adesão relacionam-se em função do valor das expectativas preditivas construído. Outra perspectiva de adesão ao tratamento corresponderá à adopção de novas práticas por parte dos pais, para as quais os médicos e os fisioterapeutas terão um papel importante enquanto educadores para a saúde, contribuindo para o ensino de práticas de intervenção que possam ser usadas pelos pais em casa, assim como práticas de carácter preventivo ou vocacionadas para a promoção da saúde.

No conjunto de pais que participaram neste estudo, não existiu nenhum caso quem se manifestasse contra a fisioterapia respiratória infantil como opção de tratamento, o que poderá indicar que os grupos focais não teriam a diversidade de características de forma a poder representar as percepções do grupo alvo.

O facto de ser um estudo retrospectivo poderá comprometer a validade dos dados nomeadamente, história clínica inicial e final e ainda a memória de acontecimentos e percepções (viés de memória).

Os dados clínicos relativos à criança, ao serem fornecidos pelos pais não poderão caracterizar a efectividade do tratamento, e são apenas indicadores de melhoria, com toda a subjectividade inerente.

Procurou-se que o envolvimento profissional e emocional neste estudo não compromettesse a análise de conteúdo. Mas, *independente do quanto tentamos manter uma distância analítica, as nossas interpretações podem não ser isentas* (Stauss *et al*, 2008:96).

Este trabalho para além do seu contributo imediato para a categorização das expectativas antes e depois do tratamento de fisioterapia respiratória e para a compreensão do processo que modela a construção destas expectativas, poderá ser replicado noutros estudos com grupos focais, que incluam pais agrupados por características específicas, “*comparando ou encontrando contrastes*” (Krueger *et* Casey, 2000) tais como: nível socioeconómico, distribuição geográfica e regime de tratamento. Estes estudos contribuirão para uma melhor compreensão do processo de construção de expectativas e a relação destas variáveis com a adesão ao tratamento.

Um outro estudo que poderia dar continuidade a este trabalho seria a caracterização das expectativas dos médicos face à fisioterapia.

O confronto entre a percepção dos resultados atingidos com a fisioterapia respiratória, descritos pelos pais, e a escassez de informação sobre a sua efectividade, reforçarão a pertinência de investigações futuras nesta área de intervenção.

Os resultados obtidos poderão ainda constituir uma fonte de dados para o desenvolvimento de um instrumento de medição de expectativas a aplicar neste tipo de população.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABRANTES, A.V. *et al.* – Manual de métodos de investigação em saúde. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 1989:92.
2. AGUIAR, P. – Guia Prático de estatística em investigação epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi, 2007:237
3. AMADO, S. *et al.* - Padrões de prática: fisioterapia. 3ª ed. Lisboa : Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Abril 2005.
4. AMMENTORP, J.; MAINZ, J.; SABROE, S. - Parents' priorities and satisfaction with acute pediatric care. [Em linha]. **Archives of Pediatric Adolescent Medicine**. 159 : 2 (Feb 2005) 127-31. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/reprint/159/2/127>.
5. ANONIMOUS - The role of psychic factors in the pathogenesis of bronchial asthma. 1. **Srpski arhiv za celokupno lekarstvo**. 139: 3-4 (Mar-Apr 2011) 209-215.
6. BAILEY *et al.* - Culture-specific programs for children and adults from minority groups who have asthma. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD006580. DOI: 10.1002/14651858.CD006580.pub4. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006580.html>
7. BHOGAL S.K.; ZEMEK R.L.; DUCHARME F. Written action plans for asthma in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD005306. DOI: 10.1002/14651858.CD005306.pub2[Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab005306.html>
8. BIALOSKY, J. E.; BISHOP, M. D.; CLELAND, J.A. - Expectation: An Overlooked, but Pertinent, Factor in the Treatment of Individuals Experiencing Musculoskeletal Pain. *Physical Therapy*. 90:9 (September 2010):1345-1355.
9. COHEN, D.; CRABTREE, B. - Qualitative Research Guidelines Project. [Em linha]. Princeton, NJ : Robert Wood Johnson Foundation, July 2006. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: <http://www.qualres.org/HomeFocu-3647.html>.

10. COUTO, A. - O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. **Revista Referência**. I Série (Setembro 1998): 1-5.
11. FARIA, PAULA – Saúde Pública e crise: uma reflexão. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2011; 29 (2); 97- 99.
12. FLENADY V.; GRAY P.H. - Chest physiotherapy for preventing morbidity in babies being extubated from mechanical ventilation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000283. DOI: 10.1002/14651858.CD000283. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076390>
13. FLICK, U. – Focus Group. In FLICK, U. - An introduction to qualitative research. London:SAGE Publications. 3<sup>rd</sup> Edition. 2006: 189-203.
14. GAJDOS *et al*, Effectiveness of Chest Physiotherapy in Infants Hospitalized with Acute Bronchiolitis: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. **Plos Medicine**. 7: 9 (Sep 2010) 1-11.
15. GILLIES D., SPENCE K. - Deep versus shallow suction of endotracheal tubes in ventilated neonates and young infants. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD003309. DOI: 10.1002/14651858.CD003309.pub2. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003309.html>
16. GILLIES D.; WELLS D. - Positioning for acute respiratory distress in hospitalised infants and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003645. DOI: 10.1002/14651858.CD003645.pub2 [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003645.html>
17. GINA - Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2006. WHO. [Em linha]. [Consult. 18-05-2011]. Disponível em: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
18. GONDIM, S. M.G. - Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** (Ribeirão Preto). 12 : 24 (2002) 149-161.
19. GONZAGA, D. *et al.* - Bronquiolite: uma revisão casuística. In: Congresso Nacional de Pediatria, 9, Povia Varzim, Out. 2008 – Comunicações. [Em linha]. Santa Maria da Feira: Hospital São Sebastião. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga E.P.E, 2006. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos\\_2008/Pneumologia\\_PD325.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos_2008/Pneumologia_PD325.pdf)

20. GONZAGA, D. *et al.* - Bronquiolite aguda: impacto da infecção nosocomial. In: Congresso Nacional de Pediatria, 9, Povia Varzim, Out. 2008 – Comunicações. [Em linha]. Porto : Hospital Santo António, 2007 [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos\\_2008/Pneumologia\\_PD324.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos_2008/Pneumologia_PD324.pdf)
21. HILL, J.C. *et al.* - Predictors of poor outcomes in patients with neck pain treated by physical therapy. **The Clinical Journal of Pain**. 23: 8 (2007) 683-690.
22. HOUGH *et al.* - Chest physiotherapy for reducing respiratory morbidity in infants requiring ventilatory support. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006445. DOI: 10.1002/14651858.CD006445.pub2. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006445.html>
23. HOUSTON B.W.; MILLS N., SOLIS-MOYA A. - Inspiratory muscle training for cystic fibrosis. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD006112. DOI: 10.1002/14651858.CD006112.pub2. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006112.html>
24. IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. - A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 35: 2 (2001) 115-121.
25. INFOPÉDIA – Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2011. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/>.
26. KRUEGER, R.A.; CASEY, M.A. - Focus groups : a practical guide for applied research. 3<sup>rd</sup> ed. Thousands Oaks : Sage, 2000. ISBN – 0-7619-2070-6.
27. LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina, 2010:338. ISBN 978-972-40-4399-9.
28. MAIN E.; PRASAD A.; VAN DER SCHANS C.P. - Conventional chest physiotherapy compared to other airway clearance techniques for cystic fibrosis. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD002011. DOI: 10.1002/14651858.CD002011.pub2 Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002011.html>
29. MORRISON, L.; AGNEW, J. - Oscillating devices for airway clearance in people with cystic fibrosis. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009,

- Issue 1. Art. No.: CD006842. DOI: 10.1002/14651858.CD006842.pub2 [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006842.html>
30. NETO, O.C.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. – Grupos Focais e Pesquisa Qualitativa: O debate orientado como técnica de investigação. In : Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 8, Brasil: Ouro Preto/Minas Gerais, 4 – 8 Novembro de 2002 – Comunicações. [Em linha]. Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002 [Consult. 08-05-2011]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com\\_JUV\\_PO27\\_Neto\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf)
  31. NICHOLAS K.J. *et al.* - An evaluation of chest physiotherapy in the management of acute bronchiolitis: changing clinical practice. [Em linha] **SO – Physiotherapy**. 85:12 (Dec 1999): 669-674. Disponível em: [http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(05\)61230-8/abstract](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(05)61230-8/abstract)
  32. PERROTTA C.; ORTIZ Z.; ROQUE M. - Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004873. DOI: 10.1002/14651858.CD004873.pub3. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: [http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/cochrane/pdf/revisiones\\_sist/chest\\_physiotherapy\\_abstract.pdf](http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/cochrane/pdf/revisiones_sist/chest_physiotherapy_abstract.pdf)
  33. POSTIAUX, G. - Fisioterapia respiratória pediátrica : o tratamento guiado por auscultação pulmonar. 2ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2004. ISBN 85-363-0285-2.
  34. POSTIAUX, G. *et al.* - Effets de la kinésithérapie respiratoire associant Expiration Lent Prolongée et Toux Provoquée dans la bronchiolite du nourrisson. **Kinesitherapie, La Revue**. 6: 55 (2006) 35-41.
  35. REID *et al.* (Cochrane Database of Systematic Reviews) - Effects of inspiratory muscle training in cystic fibrosis: a systematic review. **Clinical Rehabilitation**. 22:10-11 (Oct-Nov 2008) 1003-1013.
  36. RESSEL, L. *et al* - O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 779-86.
  37. RODRIGUES, L. R *et al.* - Episódio inaugural de internamento por bronquiolite: epidemiologia, clínica e isolamento de vírus sincicial respiratório. In: Congresso

- Nacional de Pediatria, 9, Povia Varzim, Out. 2008 – Comunicações. [Em linha]. Povia de Varzim: Centro Hospitalar Povia Varzim/Vila do Conde, 2008. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos\\_2008/Pneumologia\\_PD322.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Resumos_2008/Pneumologia_PD322.pdf)
38. STRAUSS, A; CORBIN, JULIET. – Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada: 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5
  39. TOELLE B.; RAM F.S.F. - Written individualised management plans for asthma in children and adults. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD002171. DOI: 10.1002/14651858.CD002171.pub3. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002171.pub3/abstract>
  40. TRAD, L.A.B. - Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. [Em linha]. **Physis**. 19 : 3 (2009) DOI: 10.1590/S0103-73312009000300013. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso)>.
  41. RUDAN, I. *et al.* - Global estimate of incidence of clinical pneumonia among children under five years of age on behalf of WHO Child Health Epidemiology Reference Group. [Em linha]. **Bulletin of the World Organization**. 82 (2004) 895-903. [Consult. 20-03-2011]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/895.pdf>.
  42. SOUZA A. M. *et al.* - Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos – estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. *Produção*, v. 17, n. 3, p. 435-453, Set./Dez. 2007.
  43. SILVA, J.; ASSIS, S. - Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica - qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. [Em linha]. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. 10 (2010) 146-152. [consult. 20-03-2011]. Disponível em: [http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118\\_16.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf)



44. TANAKA, O.Y.; MELO C. – Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001:88 ISBN 13: 978-85-314-0617-1
45. TELLES-CORREIA, D. *et al.* - Adesão nos doentes transplantados. **Acta Médica Portuguesa**. 20 (2007) 73-85.
46. van der SCHANS C.P.; PRASAD A.; Main E. - Chest physiotherapy compared to no chest physiotherapy for cystic fibrosis. [Em linha]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 2. Art. No.: CD001401. DOI: 10.1002/14651858.CD001401
47. WOLF F., GUEVARA J.P; GRUM CM, CLARK N.M.; Cates C.J. - Educational interventions for asthma in children. [Em linha].Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD000326. DOI: 10.1002/14651858.CD000326 [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001401/abstract;jsessionid=C31BAA57DFEF49D8111D6F78F34BDC36.d03t04>
48. WHO - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 10<sup>th</sup> ed. [Em linha]. Canada. Canadian Institute for Health Information, 2006. [Consult. 5 Maio. 2011] . Disponível em [http://www.hcaiinfo.ca/Health\\_Care\\_Facility\\_Provider/documents/appendices/ICD-10-CA\\_Vol2\\_2006%20Alpha%20Index.pdf](http://www.hcaiinfo.ca/Health_Care_Facility_Provider/documents/appendices/ICD-10-CA_Vol2_2006%20Alpha%20Index.pdf)
49. WOLF F., GUEVARA J.P; GRUM CM, CLARK N.M.; Cates C.J. - Educational interventions for asthma in children. [Em linha].Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 1. Art. No.: CD000326. DOI: 10.1002/14651858. CD000326. [Consult. 01-02-2011]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000326/abstract>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - Guião dos Grupos Focais

### ✓ *Tipo de expectativas no início e final do tratamento*

O que esperavam que acontecesse quando trouxeram os vossos filhos à fisioterapia?

(No final da 1ª sessão/ No final do tratamento).

E, agora depois do que tiveram oportunidade de observar?

(Categorias: Preditivas; Ideais; normativas; vagas ou sem uma ideia pré-concebida)

### ✓ *Percepção dos benefícios da fisioterapia respiratória infantil:*

Quando chegaram para iniciar a fisioterapia o que esperavam que acontecesse... ?

(*atendimento/cuidados; técnicas; resultados... ?*)

*“E ao fim de quantas sessões ...?”*

*“E, no final do tratamento?”*

### ✓ *Percepção das Barreiras ao tratamento fisioterapia respiratória infantil.*

Houve alguma circunstância que pudesse representar um impedimento, uma dificuldade para a realização da fisioterapia? (Problemas financeiros; burocráticos, disponibilidade, acessibilidade, receios de alguma ordem...; contra-indicações ou relatos de ineficácia, associação do choro a sofrimento, e da dificuldade respiratória a asfixia...?)

### ✓ *Importância atribuída à saúde do seu filho*

Qual foi a gravidade da doença do bebé (Indicadores de gravidade) e de que forma a doença do bebé estava a alterar as rotinas/actividades do dia-a-dia (Indicadores de qualidade vida: sono, alteração das rotinas, absentismo, necessidades de apoio de 3ºs) antes de iniciar o tratamento.

### ✓ *Locus de controlo*

Considera existir alguma razão para o bebé ter ficado doente ou que predisponha para problemas respiratórios?

(Possibilidades de resposta). É pequeno e ainda tem poucas defesas; é normal acontecer quando vão para os infantários, predisposição familiar; alergias; a zona/casa onde habitamos é húmida; pais c/ hábitos tabágicos; contágio por irmão doente

✓ *Variáveis Estruturais (Conhecimentos e contactos pessoais com a doença).*

*Experiência anterior*

Já tinham feito FRI na infância? Presenciaram alguma sessão de fisioterapia respiratória infantil antes? Em episódios anteriores, ou com outra criança?

✓ *Pistas para a acção*

Quem referenciou para a fisioterapia? Médico (especialidade); familiar ou conhecido?

Outro...?

*Informações Médicas*

O médico prescreveu fisioterapia? Explicou como seriam as técnicas a aplicar? Fez alguma referência ao choro do bebé no decorrer do tratamento? Explicou que resultados seriam obtidos?

*Outras Informações*

Alguém já lhe tinha falado sobre a fisioterapia respiratória infantil? Teve contacto com outros casos de familiares ou amigos? Consultou *internet* ou artigos da especialidade?

✓ *Expectativas e adesão ao tratamento*

“ De que forma é que o que pensavam da fisioterapia influenciou a vossa adesão ao tratamento de fisioterapia respiratória? “

*(Ideia/conhecimento/experiências anteriores que faziam da fisioterapia influenciou o 1º contacto)*

*(A experiência da fisioterapia respiratória influenciou o recurso à fisioterapia em episódios/filhos posteriores)*

*(A experiência da fisioterapia alterou atitudes/ mais pro-actividade como beber mais água, ou outras...na presença de novos episódios?)*

## APÊNDICE 2 - Questionário

Este questionário integra um estudo que pretende caracterizar as expectativas dos pais face à Fisioterapia Respiratória Infantil, também conhecida como *Cinesioterapia Respiratória* ou *Ginástica Respiratória*, no âmbito do mestrado em Saúde e Desenvolvimento, que está ser realizado na Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

É-lhe fornecida uma lista de possibilidades de resposta e deverá escolher um das opções propostas. Caso nenhuma das opções se ajuste exactamente a si, escolha “outras”. Se alguma não estiver suficientemente clara, estarei ao seu dispor para qualquer esclarecimento que necessite. Agradeço desde já a sua colaboração. Caso pretenda interromper a sua participação neste projecto poderá fazê-lo a qualquer momento, sem prejuízo para si, ou o seu filho.

Lisboa, Setembro de 2011.

*Maria da Graça Lucena*

ESTRATIFICAÇÃO	
<b>MODELO DE TRATAMENTO:</b>	
DOMICILIÁRIO	<input type="checkbox"/>
AMBULATÓRIO - PRIVADO	<input type="checkbox"/>
AMBULATÓRIO - HOSPITALAR	<input type="checkbox"/>
INTERNAMENTO HOSPITALAR- PÚBLICO	<input type="checkbox"/>
INTERNAMENTO HOSPITALAR- PRIVADO	<input type="checkbox"/>
<b>SUBSISTEMA DE COMPARTICIPAÇÃO:</b>	

DADOS DA CRIANÇA		
DN: _____	IDADE: _____	GÉNERO: MASCULINO <input type="checkbox"/>
		FEMININO <input type="checkbox"/>
PARIDADE:		
1º FILHO <input type="checkbox"/>	2º FILHO <input type="checkbox"/>	3º FILHO <input type="checkbox"/>
OUTRO <input type="checkbox"/>	Qual? _____	
DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____		

## CLÍNICA INICIAL

**DATA DE INÍCIO DO EPISÓDIO:** \_\_\_\_\_

	SIM	NÃO
RECORREU À URGÊNCIA DE 1 HOSPITAL/ CENTRO DE SAÚDE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECORREU AO PEDIATRA – CONSULTA NÃO PLANEADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOUE INTERNAMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRESENTAVA TOSSE FREQUENTE E FALTA DE AR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A TOSSE IMPEDIA-O DE BEBER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TINHA FALTA DE AR EM REPOUSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENOS ACTIVO NO BRINCAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A FALTA DE AR SURGIA COM A ACTIVIDADE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMOU VENTILAN, ATROVENT OU CELESTONE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMOU ANTIBIÓTICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GARGANTA INFLAMADA POR MAIS DE 15 DIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORRIMENTO DO OUVIDO POR MAIS DE 15 DIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NARIZ ENTUPIDO OU COM CORRIMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NECESSIDADE DE PERMANECER EM CASA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D- CLÍNICA FINAL

**DATA DE CONCLUSÃO DO EPISÓDIO:** \_\_\_\_\_

**N. ° TOTAL DE SESSÕES EFECTUADAS:** \_\_\_\_\_

**QUADRO CLÍNICO À DATA DA CONCLUSÃO:**

	SIM	NÃO
HOUE REINTERNAMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRESENTA TOSSE FREQUENTE E FALTA DE AR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A TOSSE IMPEDE-O DE BEBER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM FALTA DE AR EM REPOUSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM TOSSE COM EXPECTORAÇÃO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANTÉM-SE MENOS ACTIVO NO BRINCAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM A ACTIVIDADE SURGE FALTA DE AR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTÁ A TOMAR VENTILAN, ATROVENT OU CELESTONE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTÁ A TOMAR ANTIBIÓTICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM A GARGANTA INFLAMADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM CORRIMENTO DO OUVIDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEM O NARIZ ENTUPIDO OU COM CORRIMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JÁ REGRESSOU ÀS ACTIVIDADES NORMAIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### CRITÉRIO DE ALTA

**MARQUE COM X O MOTIVO QUE LEVOU À CONCLUSÃO DO TRATAMENTO (CRITÉRIO DE ALTA):**

FIM DO NÚMERO DE SESSÕES PRESCRITAS PELO PEDIATRA

FIM DO NÚMERO DE SESSÕES PRESCRITAS PELO FISIATRA

FIM DO NÚMERO DE SESSÕES PRESCRITAS PELO MÉDICO QUE ASSISTIU A CRIANÇA NA URGÊNCIA

INDICAÇÃO DO PEDIATRA APÓS REAVALIAÇÃO

INDICAÇÃO DA FISIOTERAPEUTA

FALTA DE DISPONIBILIDADE DOS PAIS

O TRATAMENTO NÃO ESTÁ A SER EFICAZ

O SEGURO DE SAÚDE NÃO COMPARTICIPA MAIS SESSÕES

OUTRA. QUAL?


### CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS

**PARTICIPANTE NO ESTUDO:**

PAI


MÃE

**IDADE:**

\_\_\_\_\_

**N. ° DE FILHOS:**

\_\_\_\_\_

**PROFISSÃO:**

NO ÂMBITO DA SAÚDE

FORA DO ÂMBITO DA SAÚDE


**FORMAÇÃO ACADÊMICA:**

1º CICLO (4º Ano/Classe)

2º CICLO (6º Ano/Ciclo Preparatório)

3º CICLO (9º Ano)

ENSINO SECUNDÁRIO

GRAU BACHAREL

LICENCIADO

MESTRE

DOUTOR


### **APÊNDICE 3 - Termo de consentimento livre e informado**

Este documento visa solicitar a sua participação num grupo de discussão, que se realizará no âmbito do III Mestrado em Saúde e Desenvolvimento - Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa), sendo que o tema em estudo é a “*Caracterização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil*”.

Assim, informamos que:

- ✓ O Grupo de Discussão tem uma duração que oscila entre uma e duas horas;
- ✓ A qualquer momento poderá solicitar maiores esclarecimentos sobre este estudo;
- ✓ As opiniões recolhidas serão utilizadas única e exclusivamente para fins científicos;
- ✓ A informação recolhida é confidencial;
- ✓ Será mantido o anonimato dos participantes;
- ✓ Será efectuada gravação áudio e vídeo, havendo a possibilidade de que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial;
- ✓ Os participantes têm a liberdade para desistir da participação a qualquer momento.

*Estou devidamente esclarecido/a e dou o meu consentimento para a utilização da informação recolhida, de acordo com as condições estipuladas.*

Lisboa, (data)

---

Assinatura



## APÊNDICE 4 - Operacionalização das variáveis (Aguiar, 2007)

### A – Variáveis de caracterização da ESTRATIFICAÇÃO/ MODELO DE TRATAMENTO

1. Modelo de tratamento: Variável nominal – DOMICILIÁRIO (1); AMBULATÓRIO (2) - PRIVADO; AMBULATÓRIO – HOSPITALAR (3); INTERNAMENTO HOSPITALAR – PÚBLICO (4); INTERNAMENTO HOSPITALAR – PRIVADO (5).
2. Subsistema de participação: Variável nominal - Respostas agrupadas por categorias de acordo com a variabilidade de respostas.

### B - Variáveis de caracterização das CRIANÇAS

3. Data de Nascimento/Idade: Variável numérica - Número de meses da criança à data do tratamento.
4. Género: Variável nominal - MASCULINO (1); FEMININO (2).
5. Paridade: Variável ordinal - 1º filho (1); 2º filho (2); 3º filho (3); outro (4).
6. Diagnóstico médico: Variável nominal - Respostas agrupadas por categorias conforme a variabilidade de respostas e de acordo com o ICD (Rudan et al, 2004) e as doenças respiratórias passíveis de provocar um estado de obstrução brônquica reversível (Postiaux, 2004).

### C- Variáveis de caracterização da CLÍNICA INICIAL – Indicadores monitorizados

7. Data de início do episódio: Variável numérica que quando relacionada com a data de conclusão caracterizou a duração do episódio em meses.
8. Atendimento em serviços de urgência Urgência: Variável nominal - Não (0); Sim (1).
9. Consulta não planeada: Variável numérica. Hospitalização: Variável nominal - Não (0); Sim (1).
10. Internamento - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
11. Tosse frequente e falta de ar - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
12. Falta de ar em repouso - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
13. Menos activo no brincar - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
14. Falta de ar surgia com a actividade - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
15. Tomou *ventilan*, *atrovent* ou *celestone* - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
16. Tomou antibiótico - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
17. Garganta inflamada por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
18. Corrimento do ouvido por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
19. Nariz entupido ou com corrimento por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
20. Necessidade de permanecer em casa - Variável nominal - Não (0); Sim (1).

**Escala de Gravidade  
do episódio de doença  
respiratória aguda do  
trato inferior (OMS)**

Rudan *et al*, (2004:897)

### D - Variáveis de caracterização da CLÍNICA FINAL – Indicadores monitorizados

21. Data de conclusão do episódio: Variável numérica que quando relacionada com a data de início caracterizou a duração do episódio em meses.

22. Número total de sessões efectuadas: Variável numérica que quantificou o número de sessões de tratamento.

**Escala de Gravidade  
do episódio de doença  
respiratória aguda do  
trato inferior (OMS)**

Rudan *et al*, (2004:897)

- 23. Atendimento em serviços de urgência Urgência: Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 24. Consulta não planeada: Variável numérica. Hospitalização: Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 25. Internamento - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 26. Tosse frequente e falta de ar - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 27. Falta de ar em repouso - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 28. Menos activo no brincar - Variável nominal - Não (0); Sim (1). Falta de ar surgia com a actividade - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 29. Falta de ar surgia com a actividade - Variável nominal - Não (0); Sim (1)
- 30. Tomou *ventilan*, *atrovent* ou *celestone* - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 31. Tomou antibiótico - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 32. Garganta inflamada por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 33. Corrimento do ouvido por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 34. Nariz entupido ou com corrimento por mais de 15 dias - Variável nominal - Não (0); Sim (1).
- 35. Necessidade de permanecer em casa - Variável nominal - Não (0); Sim (1).

**E - Caracterização da variável CRITÉRIO DE ALTA**

36. Critério de Alta: Variável nominal – assumiu os seguintes valores: fim do número de sessões prescritas pelo fisiatra (1); fim do número de sessões prescritas pelo médico que assistiu a criança na urgência (2); indicação do pediatra após reavaliação (3); indicação do fisioterapeuta (4); falta de disponibilidade dos pais (5) O tratamento não estar a ser eficaz (6); o seguro de saúde não participar mais sessões (7); Outra – foi categorizada de acordo com as respostas obtidas.

**F - Variável de caracterização da EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO CLÍNICA**

37. Evolução Clínica - Esta variável foi valorizada por comparação entre o valor atribuído às variáveis referidas para Clínica Inicial e Clínica Final. É uma variável ordinal, categorizada de acordo com uma evolução para o melhor cenário: piorou (1); não melhorou, nem piorou (2); melhorou (3); ausência do indicador ao longo do episódio (4).

**G – Variáveis de caracterização SOCIOECONÓMICA DOS PAIS**

- 38. Grau de parentesco do participante: Variável nominal - MÃE (1); PAI (2).
- 39. Idade do participante: Variável numérica – Número de anos do participante.
- 40. Profissão do participante: Variável nominal - NO ÂMBITO DA SAÚDE (1); FORA DO ÂMBITO DA SAÚDE (2).
- 41. N.º de filhos do participante: Variável numérica - N.º Total de filhos do participante.
- 42. Formação Académica do participante: Variável ordinal - 1º CICLO - 4º Ano/Classe (1); 2º CICLO - 6º Ano/Ciclo Preparatório (2); 3º CICLO - 9º Ano (3) ENSINO SECUNDÁRIO (4); GRAU BACHAREL (5); LICENCIADO (6); MESTRE (7); DOUTOR (8).

## APÊNDICE 5 – Fases do recrutamento

FASES DE RECRUTAMENTO	<p style="text-align: center;">1ª FASE ELABORAÇÃO DE LISTAGEM DE POTENCIAIS PARTICIPANTES (35)</p> <p>Seleção por conveniência de acordo com a disponibilidade dos dados de contacto.</p>	<p style="text-align: center;">2ª FASE</p> <p>✓ 1º Contacto telefónico aos potenciais participantes para convite à participação no estudo e avaliar compatibilidades das datas previstas para a discussão com a disponibilidades dos participantes.</p> <p>✓ Calendarização das datas previstas para as discussões conjugando diferentes horários.</p> <p>✓ Envio de carta por correio electrónico a cada potencial participante, para formalização da resposta afirmativa, que incluirá: introdução ao estudo/ breve questionário para recolha da informação que caracterize o perfil dos participantes / informação das 6 datas previstas para discussão dos grupos focais (ou datas do grupo piloto), para que cada participante possa escolher a que melhor se ajusta à sua disponibilidade (20 de Setembro).</p> <p>✓ Definição da amostra quanto ao número previsto de participantes e o seu perfil. Os participantes deverão ser comparáveis em dimensões essenciais relacionadas com o objecto de estudo e ter um background semelhante (Flick, 2006:192). Para atingir esse objectivo foram seleccionadas 4 dimensões como critérios para a caracterização do perfil dos participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de tratamento</li> <li>• Género (PAI; MÃE).</li> <li>• Paridade.</li> <li>• Contacto anterior com a doença num episódio anterior ou com outro filho.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">2ª FASE SEGMENTAÇÃO DOS GRUPOS</p> <p style="text-align: center;">CALENDARIZAÇÃO DEFINITIVA DAS HORAS E LOCAIS DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO.</p> <p style="text-align: center;">2º CONTACTO TELEFÓNICO PARA CONFIRMAÇÃO DOS PARTICIPANTES E ESCLARECIMENTO DO DIA/HORA E LOCAL CORRESPONDENTE A CADA UM</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Grupo 0 (Piloto)</b> <b>10 Potenciais participantes</b></p> <p>Tratados pelo investigador, em período anterior à época sazonal 2010/11.</p> <p style="text-align: center;">Recrutamento feito pelo investigador</p> <p style="text-align: center;"><b>De 1 a 15 Junho</b></p>		<p style="text-align: center;"><b>Grupo Piloto</b></p> <p>Foram convidados a participar todos os que mostraram disponibilidade, por haver apenas 5 potenciais participantes.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Grupo 1,2,3,4</b></p> <p>✓ <b>7 Potenciais participantes</b> REGIME DOMICILIÁRIO</p> <p>(Tratados pela investigadora na época sazonal 2010/11)</p> <p>✓ <b>13 Potenciais participantes</b> REGIME AMBULATORIO PRIVADO.</p> <p>(Tratados pela investigadora na época sazonal 2010/11)</p> <p style="text-align: center;"><b>(Rec. de 1 a 30 de Junho)</b></p> <p>✓ <b>5 Potenciais participantes</b> REGIME AMBULATORIO PRIVADO.</p> <p>(Tratados por uma colega de equipa na época sazonal 2010/11)</p> <p style="text-align: center;">Recrutamento feito pelo investigador dias <b>19 e 20 de Setembro</b></p>		<p style="text-align: center;"><b>Grupos 1, 2, 3, 4</b></p> <p>Método aleatório de acordo com a escolha individual de cada pai/mãe, relativamente à calendarização pré-estabelecida para as discussões (1 das 6 datas inicialmente propostas pelo investigador, reduzidas posteriormente às 4 mais preteridas. Este método de aleatorização é justificado por ser um estudo de carácter exploratório, pelo número de potenciais participantes não ser elevado, haver necessidade de garantir a possibilidade de comparar os relatos entre grupos e, garantir o máximo de adesão ao grupo focal.</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Grupo 1,2,3,4</b></p> <p>✓ <b>7 Potenciais participantes</b> REGIME HOSPITALAR</p> <p>(Tratados por outro FT, em regime ambulatorio ou internamento, na época sazonal 2010/11)</p> <p>(Recrutamento feito p/ 2 FT do hospital <b>de 13 a 20 de Setembro</b>)</p>		

## **APÊNDICE 6 - Carta enviada aos participantes por correio electrónico**

### **(FOLHA DE ROSTO)**

Caros Pais,

Na sequência do convite para a participação no estudo “**Caracterização das expectativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil**”, no âmbito do mestrado em **Saúde e Desenvolvimento** (IHMT – Universidade Nova de Lisboa), venho agradecer o interesse manifestado. A recolha de dados realizar-se-á entre 23 de Setembro e 1 de Outubro e será utilizada a técnica grupo focal :

*"Um estudo grupo focal consiste num conjunto de questões cuidadosamente planeadas para promover a discussão, de forma a obter percepções numa área definida de interesse, num ambiente não ameaçador, junto de um grupo especial (...). O objectivo de um grupo focal é ouvir e recolher informação, sendo esta uma forma de compreender o que as pessoas sentem ou pensam sobre um assunto, produto ou serviço; os participantes são escolhidos por possuírem um conjunto de características em comum, que os relacionam com o tópico do grupo focal"*

Para poder adequar o estudo às vossas **disponibilidades**, **é muito importante que preencham a carta em anexo e a devolvam até 4ª f.**

Agradeço desde já a vossa colaboração.

Graça Lucena

(

## QUESTIONÁRIO)

Caros Pais,

Para uma melhor adequação da calendarização e local, seleccionem, por favor, as **2 melhores possibilidades para cada um dos pais**, as que se ajustam aos vossos casos (assinalando com duas cruzes em cada coluna):

MÃE

☐

CALENDARIZAÇÃO:

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. (6ª feira) 23 de Setembro -18.30   | <input type="checkbox"/> |
| 2. (Sábado) 24 de Setembro – 10:00    | <input type="checkbox"/> |
| 3. (Sábado) 24 de Setembro – 18:00    | <input type="checkbox"/> |
| 4. (3ª feira) 27 de Setembro – 19:00  | <input type="checkbox"/> |
| 5. (5ª feira) 29 de Setembro – 18: 30 | <input type="checkbox"/> |
| 6. (Sábado) 01 de Outubro – 10:00     | <input type="checkbox"/> |

(2 cruzes – 2 opções)

PAI

☐

CALENDARIZAÇÃO

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. (6ª feira) 23 de Setembro -18.30   | <input type="checkbox"/> |
| 2. (Sábado) 24 de Setembro – 10:00    | <input type="checkbox"/> |
| 3. (Sábado) 24 de Setembro – 18:00    | <input type="checkbox"/> |
| 4. (3ª feira) 27 de Setembro – 18:30  | <input type="checkbox"/> |
| 5. (5ª feira) 29 de Setembro – 18: 30 | <input type="checkbox"/> |
| 6. (Sábado) 01 de Outubro – 10:00     | <input type="checkbox"/> |

(2 cruzes – 2 opções)

DURAÇÃO prevista de cerca de 1hora a 1:30.

LOCAL: Instituto de Higiene e Medicina Tropical (ao lado do Hospital Egas Moniz).

(Possibilidade de estacionamento).

Nota: Como é recomendável que quando se utiliza a técnica Grupos Focais os participantes não tenham nenhum vínculo entre si, apenas um membro será seleccionado e, é tão importante a perspectiva da mãe como a do pai.

Atentamente,

Graça Lucena

Lisboa, 19 de Setembro de 2011

## APÊNDICE 7 - Categorias emergentes da análise dos GF

1. Expectativas iniciais dos pais face à fisioterapia respiratória infantil
2. Enquadramento emocional inicial
3. Expectativas finais dos pais face à fisioterapia respiratória infantil.
4. Expectativas negativas dos pais face à fisioterapia respiratória infantil.
5. Processo de construção das expectativas finais (percepção dos benefícios+ conhecimento+acesso ao serviço/atendimento)
6. Benefícios da fisioterapia percebidos pelos pais.
7. Barreiras no acesso à fisioterapia respiratória infantil sentidas pelos pais.
8. Importância atribuída à saúde da criança/ gravidade do problema respiratório:
  - ✓ Gravidade;
  - ✓ Alteração de rotinas/Qualidade de Vida;
  - ✓ Apoio de Terceiros.
9. *Locus* de controlo (crença em factores que influenciam o quadro clínico/resultados)
10. Conhecimentos e contactos pessoais com a doença (*Variáveis estruturais*) Philipps *et al.* e Bishop, cit. por Couto, 1998).
  - ✓ Contacto pessoal;
  - ✓ 1º Contacto
  - ✓ Novos episódios/outros filhos
11. Pistas para a acção (Factores desencadeantes da procura externos).
  - ✓ Encaminhamento/informações médicas.
  - ✓ Outras informações.
12. Potencial de Adesão ao tratamento (Expectativas iniciais; Benefícios percebidos com a FRI e, se estes superam as barreiras; *empowerment*/envolvimento dos pais).
  - ✓ Expectativas iniciais vs 1º contacto com a FRI
  - ✓ Benefícios percebidos com a FRI e, se estes superam as barreiras
  - ✓ Experiência da FRI vs Recurso à fisioterapia em episódios/ filhos posteriores.
  - ✓ Conhecimento e *empowerment* vs alteração de práticas/ pro-actividade

## APÊNDICE 8 – Categorias/Conteúdos

CATEGORIAS	CONTEÚDOS	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
1. <b>Expectativas iniciais</b>	O que os pais esperavam obter antes de iniciarem o tratamento de fisioterapia respiratória infantil: Subdividem-se em 4 tipos 1) Preditivas - relacionadas com resultados clínicos; 2) Idealistas – construções de desejo e esperança; 3) Normativas – relacionadas com satisfação; 4) Vagas ou sem uma ideia pré-concebida sobre uma situação ou intervenção (Modelo teórico de referência).	Modelo teórico de referência de Thompson e Sunol cit por Bialosky <i>et al.</i> , 2010; Ammentorp <i>et al.</i> , 2005
2. <b>Enquadramento emocional inicial</b>	Sentimentos e receios referidos pelos pais	
3. <b>Expectativas finais</b>	O que os pais crêem poder obter da FRI de acordo com o Modelo teórico de referência.	Modelo teórico de referência de Thompson e Sunol cit por Bialosky <i>et al.</i> , 2010; Ammentorp <i>et al.</i> , 2005
4. <b>Expectativas negativas</b>	As expectativas podem classificar-se em positivas ou negativas de acordo com a crença no que será o resultado esperado pelo utente. São negativas quando a crença geral de que determinado resultado clínico irá ocorrer e as estratégias para o obter não correspondem quer ao resultado final quer aos procedimentos para o alcançar. Estas expectativas estão relacionadas com o nível de conhecimentos do utente e com expectativas de previsão negativas para a eficácia da fisioterapia, correspondendo a um potencial de melhoria dos resultados clínicos e da adesão/participação, não aproveitado	Bialosky et al., 2010.
5. <b>Percepções que determinam a</b>	Percepção dos benefícios + Nível de conhecimentos + Acesso ao serviço/atendimento.	

<b>construção das expectativas finais</b>		
6. <b>Benefícios</b>	Resultados alcançados pela fisioterapia percebidos pelos pais.	Modelo de crenças em Saúde desenvolvido por Becker (Couto, 1998)
7. <b>Barreiras</b>	Dificuldades referidas pelos pais no acesso à fisioterapia respiratória.	Modelo de crenças em Saúde desenvolvido por Becker (Couto, 1998)
8. <b>Importância atribuída à saúde da criança.</b>	<b>Gravidade</b> – Cognição e representação da doença por parte dos pais.	Modelo de Autoregulação de Leventhal (Telles-Correia et al., 2007).
	<b>Alteração de rotinas</b> – Implicações nas Actividades de Vida Diária e Qualidade de Vida ( <i>outcomes</i> secundários)	). (Bhogal <i>et al</i> ,2006; Toelle e Ram, 2004; Wolf <i>et al</i> ,2002)
	<b>Apoio de Terceiros</b> – Participação e envolvimento da família.	(Toelle e Ram, 2004).
9. <b>Locus de controlo</b>	Crença que a saúde é controlada por factores influentes: internos; outros e sorte/acaso	(Lau <i>et al.</i> , cit. por Conner e Norman, 1994).
10. <b>Conhecimentos e contactos pessoais com a doença</b> (Variáveis estruturais)	Conhecimento que o individuo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma: Contacto pessoal; 1º Contacto; Novos episódios/outros filhos.	(Philipps <i>et al.</i> e Bishop, cit. por Couto, 1998).
11. <b>Pistas para a acção</b>	Factores desencadeantes de procura externos de que são exemplos as referências médicas, conselhos de amigos, doença de familiar, televisão e campanhas da imprensa.	Phipps <i>et al.</i> e Bishop, cit. por Couto, 1999 Adesão ao tratamento
12. <b>Potencial de</b>	Expectativas iniciais vs 1º contacto com a FRI	Modelo teórico de referência de



<b>Adesão ao tratamento</b>		Thompson e Sunol cit por Bialosky <i>et al.</i> , 2010
	Benefícios percebidos com a FRI e, se estes superam as barreiras.	
	Experiência da FRI vs Recurso à fisioterapia em episódios/ filhos posteriores.	
	Conhecimento e <i>empowerment</i> vs alteração de práticas/ pro-atividade	

## ANEXO 9 - Citações

CATEGORIAS		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4	GRUPO PILOTO
EXPECTATIVAS INICIAIS			<p><i>Que a FT ajudasse a melhorar o quadro de dificuldade respiratória, porque ela era muito pequenina [3 meses], tinha muitas secreções que não conseguia expelir. (S)</i></p> <p><i>Com o mesmo propósito (...) soltar secreções acumuladas “como uma cola” (M)</i></p>	<p><i>Como tinha cunhadas com filhos, eu já não fui à nora...Já estava à espera de um sofrimento enorme por parte da Isabelinha e de alguns resultados. (Ca)</i></p>	<p><i>Que me ajudasse a que ela ficasse melhor da sua parte respiratória. Colaboração (em exercícios que podiam ajudar a respirar melhor, a sentir-se melhor) (...) o que não era conseguido em casa ” (S).</i></p> <p><i>Várias vezes constipado, não passava (...) E a ideia foi ir ver se passava a tosse, a farfalheira e a dificuldade na respiração, tudo isso. Também se cansava facilmente porque não respirava bem (...) [Esperava que] Reduzisse tudo isso [sinais clínicos]: Tinha imensa tosse associada à dificuldade respiratória e não conseguia dormir. Deitava-se a tossir e acordava meia-hora depois cheio de expectoração e com dificuldade respiratória. E, gostava que corresse e brincasse livremente sem começar logo a .... [Tossir, com falta de ar] (Ma)</i></p> <p><i>Eu fui pedir apoio ao fisioterapeuta [para esclarecer significado/gravidade de alguns sinais clínicos], antes de se fazer os RX.”(S)</i></p>	<p><i>(...) Melhorar o estado do meu filho, melhorar as noites para que ele dormisse melhor, diminuísse a tosse (CR).</i></p> <p><i>Prevenir as infecções subsequentes (CF).</i></p>
	Preditivas	Não foram referidas expectativas do tipo <i>preditivo</i>				

	Normativas	<p>“Evitar a questão do antibiótico (...) e de medicações, que trazem efeitos secundários, sair desses quadros de repetição de bronquiolite”[Protocolo] (Va)</p> <p>“ (O pior é ) ter que recorrer primeiro a um fisiatra, pela questão das convenções e do seguro” [morosidade e burocracia] (Va)</p>	<p>Não foram referidas expectativas do tipo normativo</p>	<p><i>Para mim é fundamental [a presença dos pais], para qualquer situação médica. Não equaciono a questão de não estar presente (...) Gosto de sentir, acompanhar e ver que está tudo bem.</i> CL (Clínica privada)</p> <p><i>Optei sempre por ser domiciliária, porque eu acho que os meus filhos já têm tanta fragilidade quando estão doentes, que eu não estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores. (Ca)</i> <i>Já estava à espera de uma FT que sabia funcionar com as crianças(Ca)</i></p> <p><i>A higiene das mãos e protecção da criança.com uso de bata (CL)</i></p>	<p><i>É extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais, para que também haja da nossa parte algum envolvimento, alguma empatia. Por outro lado, conseguir isso com a criança (S).</i></p> <p><i>Era a nível particular [domicílio], perguntei se tinha participação do seguro. Aquilo que me disseram é que teria que ser feita uma prescrição, depois seria analisada e só daqui a uma semana é que me seria dada uma resposta. Ora, eu disse: - “quando a minha filha estiver pior ou tiver sido internada? Assim não valia a pena!” Enviei os papeis e disse: Se quiserem pagar, pagam, se não quiserem não paguem (Ca).</i></p>	<p><i>É como levar ao médico, não se deixa as crianças sozinhas (CF)</i></p> <p><i>Para as crianças é uma figura de referência (F).</i></p>
--	------------	--	---	--	--	---

		<p><i>Eu queria mesmo que ela ficasse boa e evitar a questão do antibiótico (...) Eu vivia pensado nessa possibilidade de ela evitar o antibiótico e as medicações, que trazem efeitos secundários, sair desses quadros de repetição de bronquiolite (...) (Va)</i></p> <p><i>Achava que fosse uma técnica ou uma prática mais violenta do que aquilo que vi (...) estava à espera que fosse mais agressiva, mais violenta (S).</i></p> <p><i>Toda a gente dizia isso é horrível! É bom, mais é horrível porque o bebé se vai fartar de chorar, é muito agressivo e depois parece que o bebé está a olhar para as mães - tira-me daqui, por favor! (S)</i></p>	<p><i>[Uma] Esperança muito grande que a FR ajudasse a soltar todas essas secreções acumuladas” (S).</i></p> <p><i>“Tanto ou mais do que tudo o resto que ela fez nível e medicação, tinha confiança na fisioterapia respiratória como um dos factores que a ia ajudar a melhorar” que era parte essencial do tratamento, mais do que antibiótico, se calhar, mais do que alguma medicação, era disso que ela estava a precisar e, tinha mesmo de ser (S).</i></p> <p><i>O que as pessoas me diziam é que era um tratamento agressivo. ...(M)</i></p> <p><i>É o que se houve muito: levar porrada! E tinha essa ideia, que podia ser custoso para a criança, que podia ser custoso para mim vê-la naquela situação (S).</i></p> <p><i>Já tinha ouvido falar e estava um bocadinho assustada com isso. Uma pessoa houve muitas coisas! Quando ouve que os põem de cabeça para baixo...” (M)</i></p> <p><i>No meu caso aquilo que as pessoas me diziam, as pessoas com quem eu falava, era que era um tratamento agressivo, que era difícil para a criança fazer (M)</i></p> <p><i>Uma das pessoas é do meu serviço, e diz que faz frequentemente e que aquilo é terrível para a criança [ 3 anos] que já faz desde bebé (M).</i></p>	<p><i>O que eu esperava era ver o meu filho melhor (P)</i></p> <p><i>Um complemento à medicação (P).</i></p>	<p><i>No meu caso (...) falaram bem dos resultados mas falaram sempre mal a dizer que ia custar e iria ver o que eu não queria e que a miúda iria chorar! (Ca)</i></p> <p><i>(...) Já tinha assistido com o meu filho e com outros [enfermeira] (...) O meu filho era pequenino (...) eu ia na expectativa de que ia correr mal porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar! (S)</i></p>	<p><i>Prevenir as infecções subsequentes (CF).</i></p> <p><i>Aquela necessidade que ela libertasse a expectoração (...) e, que ela ao tossir não conseguia libertar (CF).</i></p>
--	--	--	---	--	---	---

	<p><i>Vagas, sem uma ideia pré-concebida</i></p> <p><i>Eu não sabia o que esperar (...)</i>  <i>Eu não fazia a menor ideia (...)</i>  <i>o Pediatra sugeriu (Va).</i></p> <p><i>Eu também não tinha experiência nenhuma (porque o meu primeiro filho nunca teve nada destas coisas (Cr)</i></p> <p><i>Não esperava que fosse tão eficaz” Foi internado (...) começou a fazer sessões de fisioterapia, no hospital da Amadora (R).</i></p>	<p><i>Com o mesmo propósito (...) soltar secreções acumuladas como uma cola (M).</i></p> <p><i>Já tinha ouvido falar e estava um bocadinho assustada com isso. Uma pessoa houve muitas coisas! Quando ouve que os põem de cabeça para baixo... (M)</i></p> <p><i>No meu caso aquilo que as pessoas me diziam, as pessoas com quem eu falava, era que era um tratamento agressivo, que era difícil para a criança fazer (M).</i></p> <p><i>Uma das pessoas é do meu serviço, e diz que faz frequentemente e que aquilo é terrível para a criança [ 3 anos] que já faz desde bebé (M).</i></p> <p><i>Uma ideia de ser uma coisa [prática] difícil (...) com alguma carga negativa (...) custo para a criança (S).</i></p>	<p><i>Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...! (Ca)</i></p> <p><i>“Não esperava nada porque desconhecia a técnica completamente (...) Já me tinham falado (...)Mas, não sabia ao que ia. Não estava à espera que umas pancadinhas e uns abananhos resultassem“</i></p> <p><i>(CL)</i></p> <p><i>Quando nós vemos o nosso filho tão aflito é fazer o que for necessário para ele melhorar (...) (Era um episódio recorrente e) a médica disse: se calhar vale a pena experimentar (P)</i></p> <p><i>Eu desconhecia a técnica e este tratamento (...) Foi aconselhado pela médica. Ele já tinha tomado medicamentos e, não estava a resultar.</i></p> <p><i>( JL)</i></p> <p><i>Um complemento à medicação (P).</i></p> <p><i>Eu nem sequer considere um risco, ou uma necessidade de procurar o que é que era (...)! Se ela indicou é porque deve ser isto! (P)</i></p> <p><i>A criança não sofreu muito. Lembro-me que eu estive nesse tratamento e não achei que ela chorasse muito, achei até muito suave. E, a minha cunhada disse se ela não chorou e não esperneou aquilo não funcionou! (Ca)</i></p>	<p><i>E a Pediatra disse-me para recorrer à Fisioterapia respiratória (Cá).</i></p>	
--	---	---	---	---	--

<p><b>ENQUADRAMENTO EMOCIONAL INICIAL</b></p> <p><i>Expectativas que envolvem sentimentos, percepções relacionadas com emoções e afectos</i></p>	<p><i>Achava que fosse uma técnica ou uma prática mais violenta do que aquilo que vi (S)</i></p> <p><i>Ele estava mesmo numa fase complicada (R)</i></p> <p><i>Muito pequenino que ele era, claro que faz muito mais aflição por ele ser muito pequenino e eles a agarrarem nele e... (R)</i></p>	<p><i>Tinha confiança na fisioterapia respiratória como um dos factores que a iria ajudar a melhorar (S)</i></p> <p><i>Penso que pequenas coisas que possam ajudar as crianças a brincarem, para que não seja um momento tão ansiogénico (S).</i></p> <p><i>Já tinha ouvido falar e estava um bocadinho assustada com isso (M).</i></p> <p><i>Fiquei surpreendida! Mas, com o Tiago resultou, portanto eu estava contente (M).</i></p> <p><i>É o que se houve muito: levar porrada! E tinha essa ideia, que podia ser custoso para a criança, que podia ser custoso para mim vê-la naquela situação (...) tinha a certeza absoluta que era parte essencial do tratamento, era disso que ela estava a precisar e, tinha mesmo de ser (S).</i></p>	<p><i>Não esperava nada porque desconhecia completamente (CL)</i></p> <p><i>Já tinha ouvido falar ..., quando nós temos os bebés assim, a médica diz: Vai! E, nós vamos. Não, é? (Cristina) Sem dúvida! (P)</i></p> <p><i>Nós quando estamos com um filho com bronquiolite vemo-lo tão aflito que queremos é fazer o que for necessário para ele melhorar (P).</i></p> <p><i>Já estava a tomar medicação e como era um episódio recorrente ela [Pediatra] disse: se calhar vale a pena experimentar (P).</i></p> <p><i>Já estava à espera de uma fisioterapeuta que soubesse funcionar muito bem com as crianças (Ca).</i></p> <p><i>No meu caso, embora já tivesse experiência anterior com outro filho, não me passou pela cabeça [FRI]. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...! (Ca)</i></p> <p><i>Eu nem sequer considerei um risco, ou uma necessidade de procurar o que é que era. Eu confio na pediatra do meu filho(Pe)!</i></p> <p><i>A minha cunhada disse que quanto mais expansiva fosse a reacção da criança, mais aquilo funcionava (Ca).</i></p>		<p><i>Ela (não sei se tinha um mês e) foi à fisioterapia porque estava com uma bronquiolite e, era mínima. Era o primeiro filho, estava numa aflição, não conseguia respirar (Ca).</i></p>
--	---	--	---	--	--

EXPECTATIVAS FINAIS	Preditivas	<p>Faz sempre confusão (S e R).</p> <p>Resultados ao fim da 1ª sessão (...) não que fique logo totalmente curado, mas grandes melhoria, melhorias significativas. (S)</p> <p>Logo melhoras (...) totalmente diferente [do quadro clínico anterior] (...) melhorar rápido(R)</p> <p>Basicamente o alívio (...) uma noite muito melhor (...) evolução logo de uma maneira muito rápida (C)</p> <p>Ver-se mesmo a melhoria, os resultados rápidos, não ter efeitos secundários (Va)</p> <p>Vê-se mesmo a melhora, os resultados rápidos, não tem efeitos secundários (como a medicação) (Va)</p>	<p>Ajude a melhorar o quadro de dificuldade respiratória (S).</p> <p>Ajudar a soltar as secreções que terá dificuldade em expelir(S)</p> <p>Soltar secreções acumuladas nos pulmões (M).</p> <p>E, não foi nada traumático. Nada mesmo (M).</p> <p>Para ele era uma alegria estar ali com as bolas e a brincar (M).</p> <p>Foi um bocadinho violento para ela, começava a chorar e saía, chorar! E, saía de lá completamente transpirada, mas no caso dela que estava constantemente a ser aspirada [o tratamento FRI] é menos evasivo (S)</p> <p>Em algumas situações é traumático para a criança, Mas, é traumático como é traumático uma vacina, como são traumáticas tantas outras coisas que sabemos que são o melhor para eles (S)</p> <p>As secreções mobilizarem-se para onde não devem e ficar com cianose, desencadear mais dificuldade respiratória e no domicílio não haver equipamento de reanimação (S).</p>	<p>Percebi pela função da FT que era uma coisa que funcionava (...) Criança poder facilmente expelir a expectoração e portanto não ter que recorrer a outro tipo de intervenção medicamentosa (CL)</p> <p>Em 2 ou 3 sessões ela fica bem melhor (...) Mais liberta. (Ca)</p> <p>Quando a miúda fazia FRI , antes de se deitar eu notava imensa diferença no descansar dela durante a noite. Porque durante a noite ela ficava ótima (Ca)</p>	<p>A minha expectativa era que ia correr mal, porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar com o fisioterapeuta: sentar-se, estar quieta e depois quando sentisse aqueles apertões (como eu costumo dizer, é só umas cóceginhas a brincar com ela). E, ultrapassou imenso as minhas expectativas. Correu tudo muito bem!(S)</p> <p>“Tudo o que ela gostava e o que ela queria fazer, o fisioterapeuta aceitou. E daí teve uma boa colaboração da parte da Isabel(...) diz-me todos os dias de há uma semana para cá: Vamos ao V” [Fisioterapeuta]?(S)</p> <p>É extremamente importante, primeiro, que o fisioterapeuta ouça as dúvidas, os receios, as preocupações dos pais (S)</p>	

EXPECTATIVAS FINAIS	Normativas	<p>“Correr [directamente] para o fisioterapeuta”(…) não ir ao Pediatra, ao hospital .” (Va)</p> <p>Para recorrer a uma clínica privada, pela questão das convenções e do seguro (...) há necessidade de recorrer primeiro a um fisiatra para depois poder recorrer à ginástica respiratória (...) quando já passou pela pediatra, que já fez a requisição. O fisiatra diz:” está bem! Ok!” Nem olha para a criança preenche uma guia e entrega! (Va)</p> <p>No Hospital Dona Estefânia, e também tem que ir ao fisiatra sempre antes” (R)</p> <p>[logo que ] Um bocadinho aflito falar com pediatra para avaliar necessidade FRI. (R)</p> <p>É [como técnica] tudo muito natural ... (S).</p> <p>No meu caso [o acesso à fisioterapia após a consulta no Hospital] era muito rápido. Tenho a minha irmã que trabalha lá o que facilitava o processo (R)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A presença dos pais eu acho que é muito importante.</li> <li>• O relacionamento da terapeuta com a criança também é extremamente importante. A pessoa tem que estabelecer uma relação boa com a criança.</li> <li>• E, ter meios para poder trabalhar. As bolas que tinham e ajudavam (à colaboração.</li> <li>• Ambiente calmo,</li> <li>• Limpeza dos locais,</li> <li>• Aerossóis</li> </ul> <p>(M)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparelho de Aerossol para fazer de acordo com a indicação médica no hospital (urgência?)</li> <li>• Equipamento</li> <li>• Pequenas coisas que possam ajudar a brincar, para que não seja um momento tão ansiogénico, tão complicado para a criança.</li> <li>• A presença dos pais é absolutamente essencial (pelo menos um dos pais quando a sala não tem oportunidade para mais, o que é compreensível pelas condições do hospital).</li> </ul> <p>(S)</p>	<p>Um complemento à medicação eventualmente e, substituição se possível (P)</p> <p>Eu espero mais que funcione como substituição da medicação (idealmente), que seja de tal modo eficaz que ele não tenha que recorrer ao antibiótico, ao ventilam (que eu não sei se é antibiótico ou não, enfim) a esses medicamentos [Protocolo] (CL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta questão dos <b>acordos</b>, é fundamental acho fundamental os serviços de saúde sejam eles o SNS, seja através de um seguro, possam providenciar isso ao utente l (...).Para mim essa é uma condição sine qua non da evolução dos tempos e, espero que cada vez mais a fisioterapia e outras coisas possam ser consideradas nesses âmbitos como terapêuticas, pura e simples.</li> <li>• Para mim é fundamental eu poder optar pela fisioterapia em vez de ir para a médica.</li> <li>• Acho fundamental a forma como o terapeuta lida com a criança.</li> <li>• A higiene, também me parece importante: a utilização de luvas, a batinha, a criança protegida.</li> <li>• É importante que haja condições, que os nossos filhos estejam a ser mimados e que o terapeuta se faça assegurar dessas coisas. Abordagem informal (CL)</li> </ul>		<p>É sempre bom o continuo... Quando são miúdos que têm problemas respiratórios (...)se fizermos continuamente ou pelo menos ao longo do tempo, era mais benéfico pelo facto de não juntar tanta expectoração e fazer tanta bronquiolite, do que muitas vezes só fazer uma sessão ou duas (F).</p> <p>E, os conselhos que o técnico pode dar...(CR)</p> <p>Conselhos Preventivos (CI)</p> <p>Carla</p> <p>Eu penso que para as crianças é importante que os pais estejam (F)</p> <p>(tem a ver com o perfil do profissional): é alertar os pais ou quem estiver com a criança naquele momento [sobre] o que é que vai acontecer.(...) a minha sogra ficou extremamente aflita porque nunca tinha passado por uma situação dessas e.... Era uma fisioterapeuta que ela conhecia e que sabia das competências e tudo mais. Ela inclusive telefonou a dizer: “Eu não acredito no que está a acontecer...não é possível, há que fazer aquilo à criança de outra maneira (F)</p> <p>[circunstância impeditiva] No preço. É caríssimo (Ca).</p>
---------------------	------------	---	--	---	--	---



EXPECTATIVAS FINAIS	Normativas (Cont.)	<p><i>O local em que nós estávamos [Clínica Privada], não tem vagas e tem filas de espera muito grandes, mas a fisioterapeuta é tão sensível aos casos das crianças, que tenta encaixar esses casos, pois sabe que são crianças que precisam (Va).</i></p> <p><i>No domicílio, a disponibilidade foi para o próprio dia (Cristina).</i></p> <p><i>O Recibo da fisioterapia [domicílio] era enviado para o seguro, com a requisição do pediatra e, isso era suficiente para requerer a participação.</i></p> <p><i>Se fosse dentro da rede, não sei se teria que passar por esse processo burocrático todo, mas eventualmente sim.</i></p> <p><i>(Cristina).</i></p>	<p><i>Eu acho que não é fundamental a presença dos pais (...) porque quer ir para o meu colo. (...) (A fisioterapeuta como estabelece uma boa relação com ela...) (Carla/domicílio.)</i></p> <p><i>Prefiro mil vezes tratá-los em casa. Mil vezes tratá-los com a fisioterapeuta que conheço.</i></p> <p><i>Carla</i></p> <p><i>Acho fantástico que possa haver apoio domiciliário! <b>Cristina</b></i></p> <p><i>É ótimo! <b>Carla</b></i></p> <p><i>Desde que não se tenha de ir para o medicamento, tenta-se sempre outra solução! (Cristina) Sem dúvida que se ele não tiver que tomar químicós, ou se puder reduzir tanto melhor (José)</i></p> <p><i>[TÉCNICA] A intervenção é pura não é ...com mais nada (...) foram umas pancadinhas (Carla) A terapeuta mexia, fazia assim e tirava com soro (...) tirava-lhe bocados e bocados e bocados de “bolinhas” (...) e explicou-me como haveria de fazer em casa (Cristina).</i></p> <p><i>Acho que a fisioterapia deveria aparecer por parte do pediatra como a primeira intervenção. Antes, mesmo de receitar ...Depende do grau de gravidade mas, com aquela fisioterapeuta foi de um dia para o outro sempre! <b>Carla</b></i></p>	<p><i>O preço era muito caro. A pessoa faz um esforço, mas o preço, o preço é [circunstância impeditiva] (...) Eu depois como tive que fazer muito, fiz muito participado [ARS].</i></p> <p><i>Carmen</i></p> <p><i>São técnicas que são caras sobretudo quando é à sessão e...no domicílio.</i></p> <p><i>Fernanda</i></p> <p><i>Se houver participação é diferente. Claudia</i></p> <p><i>Isso depende dos pais</i></p> <p><i>Carla</i></p> <p><i>Se for para atrapalhar...</i></p> <p><i>Carmen</i></p> <p><i>É como levar ao médico, não se deixa as crianças sozinhas!</i></p> <p><i>Cláudia</i></p> <p><i>Para as crianças é uma figura de referência.</i></p> <p><i>Fernanda</i></p> <p><i>E há aqueles que quando o bebé começa a chorar saem logo da sala e, pronto, resolve-se o problema!</i></p> <p><i>Mil</i></p>

EXPECTATIVAS FINAIS	Idealizadas	<p>É aquela sensação que nós temos que melhora muito rápido</p> <p>(Rui)</p> <p>A mim faz-me confusão as pessoas não poderem ir directamente procurar os fisioterapeutas, não entendo, eu acho que na área da saúde há sempre um domínio médico em relação a todas as especialidades, isso para mim não faz sentido”. (Vanessa)</p>	<p>A relação que a terapeuta desenvolve com a criança, com a mãe, com o pai com quem está a acompanhar. Tem que ser uma relação de confiança.</p> <p>Susana</p> <p>E ainda bem que nas crianças mais velhas, não é traumático... e, é desejável que o não seja da mesma forma.</p> <p>Susana</p> <p>O mais benéfico nestes casos até seria fazer em casa Está mais descontraído, está na sua casa não sofre esse stress...A deslocação: distância/tempo (...)</p> <p>Margarida</p>	<p>Sem dúvida que se ele não tiver que tomar químicos, ou se puder reduzir tanto melhor</p> <p>José</p> <p>“Esta questão dos acordos, é fundamental acho fundamental os serviços de saúde sejam eles o SNS, seja através de um seguro, possam providenciar isso ao utente l (...).Para mim essa é uma condição sine qua non da evolução dos tempos e, espero que cada vez mais a fisioterapia e outras coisas possam ser consideradas nesses âmbitos como terapêuticas, pura e simples”</p> <p>Cristina</p>	<p>“A minha expectativa era que ia correr mal, porque conhecia a filha que tenho e achava que ela com 2 anos nunca iria colaborar com o fisioterapeuta (...) E, ultrapassou imenso as minhas expectativas. Correu tudo muito bem!</p> <p>Sandra</p>	<p>Eu sentia a fisioterapia como uma cura saudável.</p> <p>Carmen</p> <p>Actuar preventivamente evitando re-infeções!</p> <p>Carla</p> <p>Da experiência que eu tenho as situações privadas foram sempre melhores.</p> <p>Carmen</p>

<p>EXPECTATIVAS FINAIS</p>	<p>Vagas ou sem uma ideia pré-concebida</p>	<p>Se fosse dentro da rede [recorrendo ao seguro de saúde], não sei se teria que passar por esse processo burocrático todo, mas eventualmente sim (Cr)</p>	<p>Numa clínica privada? Tem carro de reanimação não têm...? (S)</p> <p>Susana</p> <p>Quando se faz tratamentos em casa não se faz aspiração?!(S)</p>	<p>E desde então acho que já fez mais um episódio, mas não chegámos a repetir a fisioterapia [ideia que a FRI é o último recurso?](P)</p> <p>Ou seja ela [cunhada] tinha a noção de que quanto mais expansiva fosse a reacção da criança, mais aquilo funcionava [ideia transmitida](Ca)</p>		
----------------------------	---	--	---	--	--	--

EXPECTATIVAS FINAIS	Emocionais ou afectivas			<p><i>Da minha parte posso dizer que não esperava nada e, fiquei agradavelmente satisfeita (CL).</i></p> <p><i>Uma pessoa [fisioterapeuta] mais descontraída, que saiba lidar bem com as crianças, meiga (muito, muito importante...) (Ca) É isso que eu acho importante também (CL).</i></p> <p><i>Sempre que eu tenho que recorrer à FRI, vou estar com atenção: ou ir à primeira fisioterapeuta ou ir àquela, mesmo sendo cara! (Risos gerais) mas, que eu já vi como funciona (...) Porque vou estar sempre com este aperto! (CL)</i></p> <p><i>Eu só quando vi o tratamento e a forma como é feito (a forma de tratar) é que se não fosse a pessoa certa no meu entendimento poderia haver algum ... (CL)</i></p>		<p><i>O cuidado que a maior parte dos profissionais têm que ter face à idade, porque estão presentes (as) crianças (F).</i></p> <p><i>Quando são muito pequeninos não conseguem perceber. E, isso também faz com que os pais também tenham que procurar a ajuda que precisam, também tendo confiança no profissional que têm presente. Porque também se for uma pessoa que não conhecem de lado nenhum a pessoa também fica um pouco mais reticente (F)</i></p> <p><i>As primeiras vezes em bebés muito pequeninos é [um tratamento] aflitivo! E, eu só deixei porque era uma amiga (risos), porque a mim fez-me imensa impressão... (CI)</i></p> <p><i>Da experiência que eu tenho as situações privadas foram sempre melhores (...) (CR)</i></p>
---------------------	-------------------------	--	--	--	--	--

EXPECTATIVAS NEGATIVAS	<p><i>Esperava uma técnica mais violenta, mais agressiva (G2)</i></p> <p><i>Não esperava que fosse tão eficaz (...) No fim da 1ª semana grandes melhorias.</i></p> <p><i>Já tinha ouvido falar e estava um bocadinho assustada com isso. Uma pessoa houve muitas coisas! Quando ouve que os põem de cabeça para baixo...” (G2)</i></p> <p><i>O que as pessoas me diziam é que era um tratamento agressivo. ...” (G2)</i></p> <p><i>(...) Era um episódio recorrente e a médica disse: se calhar vale a pena experimentar (...) (G3)</i></p> <p><i>Ainda recentemente, a semana passada teve um bocadinho aflito e nós já queríamos ir, mas depois a pediatra disse que não havia necessidade, porque não era assim tão grave (G1).</i></p> <p><i>Para mim o pior é ter que recorrer primeiro a um fisiatra, no nosso caso, por essa questão das convenções e seguro (...) para depois poder recorrer à ginástica respiratória ... Chegamos lá e explicamos o caso, ela já passou pela pediatra, a pediatra já fez a requisição. Ai ela vai para o fisiatra que diz: está bem! Ok! Nem olha para a criança preenche uma guia e entrega! (G1))</i></p> <p><i>A mim faz-me confusão as pessoas não poderem ir directamente procurar os fisioterapeutas, não entendo, eu acho que na área da saúde há sempre um domínio médico em relação a todas as especialidades, isso para mim não faz sentido” (G1)</i></p> <p><i>Estão ali sujeitos àquela bicharada toda nas urgências. Estamos ali completamente vulneráveis (G3)</i></p> <p><i>No meu caso também foi a pediatra, embora já tivesse experiência anterior com outro filho. Mas, não me passou pela cabeça. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...!(G3)</i></p> <p><i>E, a minha cunhada disse: se ela não chorou e não esperneou aquilo não funcionou! (...) Ou seja ela tinha a noção de que quanto mais expansiva fosse a reacção da criança, mais aquilo funcionava (G3) .</i></p> <p><i>Mas quer dizer...era um bocado impraticável, não, é?! Tinha muitas sessões, tinha que fazer muito. E aquilo era tudo muito caro (GP)</i></p> <p><i>As secreções mobilizarem-se para onde não devem e ficar com cianose, desencadear mais dificuldade respiratória e no domicílio não haver equipamento de reanimação.” – Profissional no âmbito da saúde (G2)</i></p>
------------------------	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PERCEPÇÕES QUE DETERMINAM AS EXPECTATIVAS FINAIS</p>	<p><i>Porque se vê mesmo a melhoria, os resultados rápidos, e...não tem efeitos secundários (Va)</i></p> <p><i>Nesta [técnica] é tudo muito natural é só ajudá-los (...) (S)</i></p>		<p><i>Desconhecia a técnica e fiquei bastante surpreendida pela positiva (...) Realmente, não estava à espera que umas pancadinhas e uns abanãos resultassem naquilo que resultou: na criança poder facilmente expelir a expectoração e portanto não ter que recorrer a outro tipo de intervenção, medicamentosa (CL)</i></p> <p><i>É um bocado estranho (eu assisti à 2ª ou 3ª sessão) causa alguma impressão, mas de facto resultou (JL)</i></p> <p><i>A mãe estava um pouco impressionada também, mas de facto resultou. É o que importa!(P)</i></p> <p><i>Como tinha cunhadas com filhos, eu já não fui à nora...Já estava à espera de um sofrimento enorme por parte da Isabelinha e de alguns resultados (Ca)</i></p> <p><i>Eu tenho que dizer que depois de ter visto a primeira vez (e, fiquei contente por ser aquela fisioterapeuta, ao achar que estava a funcionar muito bem), não quero por o meu filho em qualquer fisioterapeuta. Porque acho que é uma fisioterapia tão delicada que tenho receio de a por em qualquer fisioterapeuta (CL)</i></p> <p><i>Portanto o conhecimento, a recomendação e a confiança são importantes. [Sustentação] (P)</i></p> <p><i>Digo que quando vi que não me dava jeito ir ter com a fisioterapeuta que conhecia, fiquei inquieta/ansiosa (CL)</i></p>		<p><i>Eu lembro-me que quando ela ficava com uma infecção maltratada que...o quadro arrastava-se e, portanto, passados poucos dias ela voltava a manifestar o mesmo tipo de sinais. Era mais no sentido da procura de uma cura, em que ela conseguisse libertar toda aquela expectoração que se ia acumulando nos brônquios (CF).</i></p> <p><i>E, principalmente quando são muito pequenos, (pelo menos o meu começou com 6 meses), é este tipo de manipulação! Exactamente, porque antibiótico aos 6, aos 8 meses recorrentemente também acabava por ser nefasto para ele. E, então quanto mais espaçando outros medicamentos mais agressivos, melhor (F)</i></p> <p><i>Já fiz outro tipo de fisioterapias respiratórias que não gostei e, até encontrar uma fisioterapeuta que gostasse e que achei que minimizava o sofrimento da criança tendo em conta o procedimento que está a fazer. Porque eles também não percebem porque é que está alguém a apertá-los... (F)</i></p> <p><i>[Crianças] Não gostam muito, não é?( ET)</i></p> <p><i>Especialmente quando são mais pequeninos. Quando são mais velhinhos já conseguem perceber que é para os aliviar (F)</i></p>
---	--	--	---	--	---

*Se não tivermos um bom contacto, tendo em conta o fisioterapeuta, se não gostarmos, se não for positivo, pode não dar direito à procura. Você já sabe que há umas que são boas e outras menos...(CL).*

*Eu acho que os meus filhos já têm tanta fragilidade quando estão doentes, que eu não estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores (Ca)*

*Estão ali sujeitos àquela bicharada toda nas urgências. Estamos ali completamente vulneráveis (P)*

*Poderia não voltar. Ou seja, da mesma maneira que achei que foi positivo e gostei daquilo que ela fez (CL).*

*Isso do gostar, não está somente relacionado com os resultados mas também com o terapeuta. Sem dúvida é um tratamento muito pessoal, não é? Não é um trabalho de secretária (CL)*

*Tem que haver ligação (P)  
Tem tudo a ver com a terapeuta (...) A pessoa que está a pegar no nosso filho e que está a mexer. (Sem desprimor para ninguém mas, tem a ver) (CL)*

*Era a primeira experiência desta técnica e, eu na altura disse ao meu marido: o que ela melhorou tem muito a ver com o antibiótico. Para mim a FRI tem sido uma conquista [2º episódio; 2º filho] nessa altura eu não lhe dei a importância que ela tinha, não dei. (...) Na última vez que ela fez FRI [2º filho] para mim foi a descoberta total. (...)Eu não lhe conseguia dar o devido valor naquela altura! Agora, já dou! Antes: isto foi do antibiótico, foram umas pancadinhas (Ca)*

*Carla*

*Eu como não estava com o antibiótico, criei outra expectativa. E, percebi ali em loco (Ca)*

*Da experiência que eu tenho as situações privadas foram sempre melhores (...) O outro era uma coisa mais a despachar, vários miúdos. Num dos locais que eu estive, eram os próprios pais que ajudavam. Mas quer dizer...era um bocado impraticável, não, é?! Tinha muitas sessões, tinha que fazer muito. E aquilo era tudo muito caro (CR)*

<p><b>BENEFÍCIOS</b></p>	<p>Foi ver resultados. No fim da primeira sessão conseguimos logo ver melhoras significativas, não que ficasse logo totalmente curado, mas grandes melhorias (S)</p> <p>Ele estava mesmo numa fase complicada (...) Foi logo internado, começou a fazer fisioterapia no Hospital (...) e, notámos logo melhoras (R)</p> <p>Basicamente o alívio, (...) a seguir era uma noite muito melhor (...) [este] era o primeiro sinal de que as coisas evoluíam logo de uma maneira muito rápida (CL)</p> <p>Vê-se mesmo a melhoria, os resultados rápidos e, não tem efeitos secundários (não como toda a outra medicação) (Va).</p> <p>É tudo muito natural é só ajudá-los a tentar descobrir o que têm e que não conseguem resolver, no fundo é uma ajuda ( S).</p> <p>Tenho hipótese de usar o seguro [no domicílio] e requerer a comparticipação. (...) Eu recorri sempre à fisioterapeuta [no domicílio] e depois, de facto, era enviado para o seguro, mas com a requisição do pediatra. Era suficiente para requerer a comparticipação (Cr e S)</p> <p>A vantagem de recorrer ao domicílio é utilizar de acordo com o horário em que estivéssemos todos presentes (CR)</p>	<p>Ajude a melhorar o quadro de dificuldade respiratória (S)</p> <p>Ajudar a soltar as secreções que terá dificuldade em expelir (S)</p> <p>Soltar secreções acumuladas nos pulmões (M).</p> <p>Não ser nada difícil para a criança, (ele ria o tempo todo) (M)</p>	<p>Criança poder facilmente expelir a expectoração e portanto não ter que recorrer a outro tipo de intervenção medicamentosa(...)</p> <p>Percebi pela função da FT que era uma coisa que funcionava (CL)</p> <p>Em 2 ou 3 sessões ela ficou bem melhor (Ca)</p> <p>Imediatamente assim que saí da consulta marcaram Terapia da respiração na própria recepção (CL).</p> <p>Também marcámos para o dia seguinte (P)</p> <p>Resultou, ficou bem melhor (P)</p> <p>De facto resultou. Ele melhorou imenso. (...) ele melhorou logo bastante. De facto notámos que foi uma mudança radical (...) sem tomar químicos (JL)</p> <p>Ela ficou mais liberta, notou-se que ela estava bem melhor (Ca)</p> <p>Eu, optei sempre por ser domiciliária, porque (...) estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores. [PREVENÇÃO 2a](Ca)</p> <p>Carla</p> <p>Como ele ainda é pequenino: não tosse, nesse aspecto a fisioterapia é excelente porque ajuda a libertar (CL)</p>		<p>Após as sessões houve sempre resultados. No fundo, as sessões acabaram por corresponder sempre às minhas expectativas: a criança melhorava, dormia melhor, respirava melhor... (silêncio). As sessões corresponderam aquilo que eu esperava.</p> <p>CR</p> <p>Não era uma cura à custa de medicamentos. Era uma coisa mais saudável, mais natural, digamos. Era alguém que fazia uma manipulação e, aquilo era tudo um expelir de expectoração. Tudo mais natural do que andar a dar medicamentos. Não é?!(CR)</p> <p>Portanto a fisioterapia era uma forma de ele melhorar sem recorrer a medicamentos, que é uma coisa que eu gosto sempre de evitar...! (ET)</p> <p>Mas, neste caso funcionava, na medida em que ele conseguia libertar aquela expectoração, ficava um bocadinho com o quadro clínico menos agravado, automaticamente também o processo para a melhoria seria constante (F)</p> <p>Conselhos Preventivos(CI)</p>
--------------------------	---	---	---	--	--



<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">BARREIRAS</p>	<p><i>O pior é ter que recorrer primeiro a um fisiatra, por essa questão das convenções e do seguro (Ambulatório Privado). Já passou pela pediatria que já fez uma requisição. E, aí ela vai para o fisiatra que diz: está bem! Ok! Ai é?! Nem olha para a criança, preenche uma guia, e entrega...! (...) Porque a Pediatria não pertence ao grupo CUF. Faz-me confusão as pessoas não poderem ir directamente procurar os fisioterapeutas (...) (Va)</i></p> <p><i>[Consulta de fisioterapia] Dificulta o processo (S)</i></p> <p><i>No Hospital Dona Estefânia, também tinha que ir (primeiro) ao fisiatra sempre antes... (R)</i></p> <p><i>O local realmente não tem vagas e tem filas de espera muito grandes, mas a FT é tão sensível aos casos das crianças, que tenta encaixar esses casos (Va)</i></p> <p><i>O meu seguro não paga domicílio (Va)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NÃO SEREM DADOS LOCAIS DE REFERÊNCIA PARA OPÇÃO:</b> “O Pediatra disse para fazer o tratamento e para procurar. (...) Eu tive de procurar”</li> <li>• <b>FALTA DE INFORMAÇÃO DISPONÍVEL:</b>” Eu fui à net e procurei tudo o que havia”.</li> <li>• <b>NECESSIDADE DE RECURSOS PARA PROCURAR/TELEFONAR</b></li> <li>• <b>OS LOCAIS IDENTIFICADOS NÃO MOSTRAVAM DISPONIBILIDADE/TEMPO DE ESPERA-</b> “Listas de espera que havia em vários sítios que eu contactei. Foi horrível mesmo”! Tenho uma prima enfermeira que tentou ligar para um sítio que conhecia mas, também não conseguiu.</li> <li>• <b>OS CONTACTOS TELEFÓNICOS NÃO PERMITIREM AVALIAR INDICADORES DE QUALIDADE –</b> Procurei particulares, procurei..., procurei tudo! O critério foi o mais rápido”.</li> <li>• <b>FACTORES ECONÓMICOS A NÃO EXISTÊNCIA DE ACORDOS COM SUBSISTEMAS EM VÁRIOS LOCAIS:</b> Em alguns casos não haver acordo coma a ADSE, foi critério de exclusão.</li> </ul>	<p><i>Imediatamente assim que saí da consulta marcaram, a própria recepção e, 24 horas depois iniciou FRI (CL)</i></p> <p><i>Também marcámos para o dia seguinte (P)</i></p> <p><i>Demorou algum tempo a conseguir-se marcar (JL)</i></p> <p><i>Tentou-se em vários locais. (...) Tive muita dificuldade em conseguir marcar com a urgência que era necessária. Enfim, fomos correndo vários contactos pelo seguro. E,...acho que até foi particular!(JL)</i></p> <p><i>No nosso caso fomos contactando os que tinham acordo...e depois chegámos a este que não tinha acordo, mas era o que tinha disponibilidade(P).</i></p> <p><i>A questão dos seguros e dos protocolos é muito importante (JL).</i></p> <p><i>Eu nem sabia que havia o serviço em casa (P).</i></p>		<p><i>No preço. É caríssimo (CI)</i></p> <p><i>O preço era muito caro(CR)</i></p> <p><i>A privada realmente era melhor (CR)</i></p> <p><i>Mas era um bocado impraticável. Tinha muitas sessões, tinha que fazer muito. E aquilo era tudo muito caro.(...) O outro era uma coisa mais a despachar, vários miúdos (CR)</i></p> <p><i>São técnicas que são caras sobretudo quando é à sessão e...no domicílio (F)</i></p>
--	---	---	---	--	--

<p>BARREIRAS (Cont)</p>	<p><i>O horário é um problema para as instituições empregadoras. Eu, sinceramente sinto que culpa não é do horário da ginástica respiratória, a culpa é [a visão da entidade empregadora]: “Então estes aqui tiraram as licenças e agora já vão faltar ao trabalho para ficar em casa com a filha! (Va)</i></p> <p><i>A minha família está toda no Brasil (...) os pais do Pedro estão em Évora. Nós temos aqui em Lisboa muito poucos apoios (Va)</i></p> <p><i>Todas essas políticas que vão mudando em relação à saúde, cada vez menos as pessoas têm direito por decidirem pelos seus próprios tratamentos, E, sempre que eu recorri às urgências (porque ela chegou a ir às urgências algumas vezes), nunca me falaram sobre ginástica respiratória. É sempre o antibiótico tal e o anti-inflamatório tal (...) que não ajudam minimamente com a prevenção (...) há estudos que até provam que ajuda nas reincidências (...)FUNDAMENTAL que a ginástica respiratória estivesse mais no Sistema Nacional de Saúde, para que as pessoas pudessem utilizar mais a prevenção e, não a gente actuar quando o quadro já está instalado (Va)</i></p>	<p><i>Se nós já temos uma avaliação de um Pediatra porque é que temos de ir novamente a um Fisiatra? Na minha opinião é um bocadinho perder tempo. Eu ainda perdi mais aquele dia, porque depois teve que ser avaliado pelo Fisiatra de lá (...) Porque é meramente formal (M)</i></p>	<p><i>Eu por acaso tenho ADSE e o que a ADSE dá não é nem 1/10 do que se gasta [domicílio]. E, isso acaba por ser um entrave muito grande. !” (...)Prefiro mil vezes tratá-los em casa (...) com a fisioterapeuta que conheço. E, em termos de dinheiro ela tem que se pagar com todos os custos inerentes e, com a flexibilidade que tem ..., em casa digo-lhe já que esta fisioterapeuta não demorou 10 minutos! Demorou uma hora. [PARENTESIS](Ca)</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Carla</i></p> <p><i>A questão económica também me parece ser uma barreira (Cr)</i></p> <p><i>Nem isso se consegue encontrar: uma tabela de preços! (...) Não sabermos quanto é que custa. Eu apercebi-me que podem pedir quanto lhes apetece na realidade (CL)</i></p> <p><i>Durante 3 dias é um dinheirão. Se pagar 30 ou 40 euros por uma sessão, todos nós sabemos quanto é que isso significa (CL).</i></p>		
-------------------------	--	--	--	--	--

<p><i>BARREIRAS (Cont)</i></p>	<p><i>Recorremos à urgência e dificilmente eles indicam para ginástica respiratória. Ou fazem aerossóis, ou passam antibiótico (...) Se, não formos nós a tomarmos a iniciativa de querermos ir para a ginástica respiratória, na urgência não indicam (R)</i></p> <p><i>Pois, os episódios que tive e que fui à urgência acabaram todos em celestone, atrovente, ventilan. A questão dos antibióticos nem tanto, porque estavam geralmente associados a uma otite e para isso já havia um antibiótico! (Cr)</i></p> <p><i>E, eu acho que é essa mentalidade ou conotação negativa que eu acho que a ginástica respiratória tem. E, para que faz a primeira vez vai sempre com aquela expectativa: que é que vão fazer ao meu filho, mas depois acaba por perceber, que não é bem assim. E, que faz bem ao bebê (S)</i></p>		<p><i>Achei que os preços que foram praticados em M para o serviço que foi facultado, muito acessíveis, bastante acessíveis em relação ao que já paguei em A, preço que achei bastante desajustado do serviço (CL)</i></p> <p><i>Porque realmente é uma zona delicada, é perto do coração...Sei lá, não sei! Do ponto de vista visual. O que eu posso estar a dizer pode ser um perfeito disparate (...) vou estar sempre com este aperto! Esta barreira existe, pelo menos neste tipo de fisioterapia, em que os nossos filhos são muito pequeninos! (CL) [RECEIOS]</i></p> <p><i>Nós temos essas informações que não têm por base nenhuma experiência de início [Dicas de familiares] e depois também vamos mudando isso de acordo com o que vai acontecendo (Ca)</i></p> <p><i>As barreiras vão sendo conquistadas!(Ca)</i></p>		
--------------------------------	---	--	--	--	--

<p>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À SAÚDE DA CRIANÇA</p>	<p>Gravidade (Escala 0-10)</p>	<p>Ele estava mesmo numa fase complicada (...) foi logo internado (R)</p> <p>Faz muita mais aflição por ele ser muito pequenino (R).</p> <p>Nós vimo-los doentes e é sempre o 10 (R) .</p> <p>A primeira vez... eu não tinha experiência nenhuma e para mim o nome bronquiolite era uma coisa muito, muito grave (...) associei de imediato que ele ia ser internado e, ia ficar ali...com o ventilador, o oxigénio... (Cr)</p> <p>Ver uma bebé cheia de vida e de repente vê-la cair, cair... foi desesperante! (Va)</p> <p>Eu acho que o que assusta mais é (...) quando ficam doentes, nós, mães e pais, não sabemos o que havemos de fazer, aquela sensação de impotência! (S)</p> <p>Susana</p>	<p>Para aí 8, não sei... (sorriso)(M)</p> <p>(Sorriso) 7! (S)</p> <p>Porque realmente é uma zona delicada, é perto do coração!</p> <p>Cristina</p> <p>Eu acho que os meus filhos já têm tanta fragilidade quando estão doentes, que eu não estou para levá-los a hospitais, nem a outros sítios para eles ficarem ainda piores.</p> <p>Carla</p> <p>Um 8. Um 8 bastante alto!</p> <p>Cristina</p> <p>Muito Grave!</p> <p>Pedro</p> <p>E, quanto mais bebés eles são, mais damos!</p> <p>Carla</p> <p>Temos que dar quase sempre o máximo (...) dava 10</p> <p>José Augusto</p> <p>Ai, é o máximo! É uma preocupação sempre imensa!</p> <p>Carla</p> <p>Eu só não dou 10 porque existem doenças fatais. Mas, é urgente! É muito grave porque se vê o bebé realmente a sofrer. Pronto, se é preciso dar nota, dou 9,5!</p> <p>Pedro</p> <p>Eu fiquei muito preocupada porque ele era muito pequenino. 3 meses é uma coisa muito pequenina...!</p> <p>Cristina</p> <p>A minha também era muito pequenina, magrinha. Não era assim uma bebé com capacidade para ...</p> <p>Carla</p> <p>Eu fiquei muito aflita e tinha muito receio (para ser muito sincera) que acontecesse alguma coisa no sono ou coisas assim! Confesso que me preocupou bastante. Porque são mesmo muito pequeninos. Não têm autonomia de nada! Não, é?</p> <p>Cristina</p>	<p>Eu sabia que era importante mas, não era nada...Também tem a ver com o background que tenho. Tenho uma família de médicos portanto à partida eu sabia que ele tinha que fazer e, para além do acompanhamento do fisioterapeuta, também tinha outra retaguarda médica. Portanto não estava tão aflita, mas se for pensar ...ele estava um bocadinho aflito...valor 6!</p> <p>Maria</p>	<p>E, eu também tive dificuldades respiratórias e, acho que isto também ainda faz mais confusão a quem sabe o que é passar por aquilo, e eu também estava numa aflição.</p> <p>Carla</p>
---	--------------------------------	--	--	--	--

	<p><i>Alteração de rotinas</i></p>	<p><i>As noites também me afligiam imenso, porque como ele já estava no quarto dele, e eu estava no meu quarto, às tantas eu já não sabia se ele à noite estava a respirar bem. Mesmo que ele não chorasse, que estivesse a dormir fazia-me impressão não estar ali ao lado, não poder controlar a situação (S)</i></p> <p><i>[Internamento] Tínhamos que nos render; uma noite passava eu outra passava a minha mulher...durante 5 dias (R)</i></p> <p><i>O não descansar durante uma noite, faz com que o dia seguinte, os 5 dias até chegar ao fim-de-semana não corram tão bem (...) afecta um bocadinho a nossa vida profissional e até a vida pessoal (...) (S)</i></p> <p><i>Fazer planos para o final da semana e de repente desistir! (Va)</i></p> <p><i>Quando se tem outra criança que está bem (...) [compromete] a vida do outro filho! (S)</i></p>	<p><i>Eu fiquei de baixa a acompanhá-lo. (...) Portanto deixei de trabalhar.(...) Mais de 15 dias, cerca de um mês talvez...A prioridade foi mesmo ele e, fazer o acompanhamento do que fosse necessário, até ficar bem (M)</i></p> <p><i>No meu caso eu estava ainda de licença de maternidade (3 meses), foi parar tudo para me voltar para aquela situação: Deslocações ao hospital (no 1º dia fui 2 vezes ao hospital) fazer aerossóis de 4 em 4 horas, inicialmente (portanto era o dia só para aquilo); depois mais o antibiótico, mais o celestone, mais uma série de medicação... Era preciso ter uma lista das horas e o que era a cada hora (... )Não me afectou dessa forma [profissionalmente], porque eu já estava em casa com ela (S)</i></p>	<p><i>Eu fiquei muito aflita e tinha muito receio (para ser muito sincera) que acontecesse alguma coisa no sono ou coisas assim!(CL)</i></p>	
--	------------------------------------	--	---	--	--

	<p><i>Apoio de Terceiros</i></p>	<p><i>A minha família está toda no Brasil (...) os pais do Pedro estão em Évora. Nós temos aqui em Lisboa muito poucos apoios (Va).</i></p> <p><i>Ele nunca foi para a escola, ele está com a avó (R).</i></p> <p><i>Os avós estão reformados e colaboram (S e Cr)</i></p>	<p><i>Infelizmente (...) não há apoios de família. (M)</i></p> <p><i>Mas, pela situação [licença de maternidade], já estava em casa com ela (S)</i></p>	<p><i>ZERO</i></p>		
--	----------------------------------	--	---	--------------------	--	--

LOCUS DE CONTROLO	<p>No meu caso foi nitidamente a imã mais velha.(...) Trazem tudo para casa(C)</p> <p>Para mim também [irmão mais velho] é a razão principal (S)</p> <p>Eu tenho rinite alérgica e o pai também tem asma (...) [surteu] quando ela foi para a creche no Inverno (Va)</p> <p>No meu caso, eu quando era pequeno também tive bronquite asmática e varias complicações, não sei se terá sido alguma herança minha, de mim para ela, não sei...E, também o facto de a irmã ir para a escola e trazer bichinhos para casa!(R)</p>	<p>Ter um irmão mais velho também com problemas respiratórios (...) constipado nessa altura e, sendo ela muito pequenina mais facilmente, apanhando alguma coisa a gravidade é maior porque a imunidade é menor, e mais dificuldade em soltar a expectoração. Poderá ter sido se calhar uma predisposição genética (S)</p> <p>Eu acho que no caso do T também tem a ver com factores genéticos: um dos tios tem problemas e, isso pode ter sido uma das causas...(M)</p>	<p>Estão ali sujeitos àquela bicharada toda nas urgências. Estamos ali completamente vulneráveis (P)</p> <p>Filhos mais velhos, cresce (CL)</p> <p>Pelo menos não será só genético, nem só do ambiente, porque vivem na mesma casa e, são filhos dos mesmos pais e completamente diferentes! (P)</p> <p>No nosso caso há história de família. Portanto! O pai e o avô paterno. Há um historial de rinite alérgica (...) e asma. Portanto há. O meu filho do meio passou o 1º ano de cresce sempre com imensa ranhoca .... Acho que tem a ver com a cresce (...) No caso do meu mais pequenino acho que pode ter a ver com coisas que os mais velhos trazem (...) Eu no meu caso acho mesmo que é hereditário. Tem a ver com uma questão: está lá escritinho no DNA deles (CL)</p> <p>Os infectários (P)</p> <p>Mas, viver em Lisboa eu acho que é incrível! Eu sou dos Açores e, quando vim tinha que me assoar constantemente (...) eu sinto uma diferença enorme do ar aqui. E, eu acho que isso tem uma influência brutal! (Ca)</p> <p>Ele tem os pais com bronquite asmática. Mas, também tem a ver com os pólenes, com o ar. Um dos episódios que ele teve foi depois de uma visita a um jardim, na altura de mudança de estação e, associámos muito a pólenes. Deduzo que também possa ter influência nos episódios (JL)</p>		145
-------------------	--	--	--	--	-----

VARIÁVEIS ESTRUTURAIS	<p><i>Sim, eu tinha tido [experiência] no primeiro filho, ele também fez uma sessão (S)</i></p> <p><i>Eu não, no meu caso não [Desconhecia]!(R)</i></p> <p><i>Eu tinha só o António [sobrinho], ... só o relato! (Cr)</i></p> <p><i>Eu era completamente ignorante. O facto é que depois que comecei a falar, percebi que muita gente à minha volta conhecia (...) Mas, [até à data] nunca tinha sido tema de conversa (Va)</i></p>	<p><i>Eu já tinha presenciado [enfermeira] com outras crianças. Em familiares nunca (S)</i></p> <p><i>Eu não, nunca tinha! Mas, já tinha ouvido falar (M)</i></p>	<p><i>Quando me foi sugerido para este filho, os meus outros filhos não tinham necessitado dessas intervenções (...) Eu só quando vi o tratamento e a forma como é feito (a forma de tratar) é que se não fosse a pessoa certa no meu entendimento poderia haver algum ... (CL)</i></p> <p><i>Desconhecia a técnica (...) Eu não tinha tido nenhum contacto anterior. Fui sem saber o que era (CL)</i></p> <p><i>Desconhecia completamente (JL)</i></p> <p><i>Eu também não nunca tinha tido nenhum contacto anterior (P) Só tinha ouvido falar (...) mas a informação que eu tinha não me levava a tirar nenhuma conclusão tinha mesmo que ver (Ca)</i></p>		
-----------------------	---	---	--	--	--



<p>PISTAS PARA A ACÇÃO</p>	<p><i>O pediatra referenciou (S)</i>  <i>Susana</i></p> <p><i>Feed back do sobrinho, através da cunhada.(...)</i>  <i>O pediatra recomendou posteriormente porque estava naquela fase de falta de ar. (...) A fisioterapeuta que estava a fazer fisioterapia ao meu sobrinho avaliou e disse já seria a altura (Cr)</i>  <i>Cristina</i></p> <p><i>No meu caso também foi a pediatra (Va)</i>  <i>Vanessa</i></p> <p><i>No meu caso fui o pediatra que nos mandou para a urgência do hospital. E, foi no hospital que fez a primeira vez (...)E quando saiu do hospital tinha indicação para continuar a fazer fisioterapia (R)</i>  <i>Rui</i></p> <p><i>No meu caso também. O meu sobrinho também, que é mais velho (R)</i>  <i>Rui</i></p> <p><i>Não houve informações médicas sobre como seria feita (técnica), resultados esperados (C e R)</i>  <i>Cristina e Rui</i></p> <p><i>No meu caso, ela sabe que eu sou um bocado mais...faz-me confusão este tipo de coisas e, então ela é muito calma e tem a preocupação de que as coisas pareçam todas muito naturais e a única coisa que ela dizia era não se preocupe, ele vai ficar muito melhor. Aquilo pode custar um bocadinho mas, depois ele fica ótimo. Os resultados são logo imediatos (...)A mensagem que passava era sempre o resultado final da sessão. Nunca explicou como a sessão é feita. Nunca entrou em detalhes técnicos (S)</i>  <i>Susana</i></p>	<p><i>No meu caso o Pediatra recomendou e eu pesquisei (...) e falei com uma prima que é enfermeira.</i>  <i>Margarida.</i></p> <p><i>O pediatra também me recomendou. Como decorreria a FRI não me informou, mas eu também sabia e o médico sabia que eu sabia. Portanto, saltou esse passo. Relativamente à duração não se sabia na altura. Era dependente de como ela reagisse. O fim do tratamento foi após reavaliação. Após novo RX, nova auscultação, é que se decidiu o fim das sessões.</i>  <i>Susana</i></p>	<p><i>No meu caso também foi a pediatra, embora já tivesse experiência anterior com outro filho. Mas, não me passou pela cabeça. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...! (...)</i>  <i>Carla</i></p> <p><i>No meu caso, alertaram para alguns problemas: confiança na pessoa, depois havia outras com experiências más que diziam que não funcionava. No fundo foi mais na partilha das experiências que tinham tido (...) Foi só comentado. Não foi fonte de decisão. Estava decidido pela médica e pronto!</i>  <i>Carla</i></p> <p><i>O que a médica me indicou em relação à fisioterapeuta, que sabia funcionar muito bem com as crianças.</i>  <i>Carla</i></p> <p><i>Quando nós temos os bebés assim, a médica diz vai e nós vamos. Não, é? (Cristina) Sem dúvida! ( Pedro)</i>  <i>Foi também aconselhado pela médica que o segue.</i>  <i>Pedro</i></p> <p><i>Foi aconselhado pela médica pediatra.</i>  <i>José Lourenço</i></p> <p><i>Desconhecia a técnica (...) Eu realmente, nunca tinha ouvido falar, mas, percebi que quando falava com vizinhos, que era uma prática corrente, hoje em dia para muita gente. (...) Mas nenhum deles me fez um comentário negativo.</i>  <i>Cristina</i></p> <p><i>E, só fui porque uma amiga da minha confiança, uma pessoa que eu sei que é muito cuidadosa, me recomendou aquela fisioterapeuta (2º episódio)</i>  <i>Cristina</i></p>		<p>147</p>
----------------------------	---	---	--	--	------------

<p>PISTAS PARA A ACÇÃO (Cont.)</p>	<p>Pois a minha é a mesma.... Cristina</p> <p>A minha também não [comentou nada] Vanessa</p>		<p>Sempre que eu tiver que recorrer à FRI vou à primeira fisioterapeuta ou àquela que mesmo sendo cara (Risos gerais) eu já vi como funciona.</p> <p>Cristina</p> <p>No meu caso disse 2 ou 3 sessões! Voltaria a auscultar e se fosse necessário recorriamos a mais.</p> <p>Cristina</p> <p>A minha esposa foi apanhada de surpresa com o tratamento. Não lhe explicaram. Mas, o número de sessões foi determinado depois com o médico fisiatra. O fisiatra, não explicou nada sobre a técnica.</p> <p>José</p> <p>Fui à Pediatria, que fazia parte do corpo clínico da CUF e passei directamente para a fisioterapia do mesmo grupo (...). Mesmo a questão da Fisioterapia ela deixou à minha decisão. Não deu me explicou em termos teóricos, apenas disse há muitos pais que acham que aquilo funciona muito bem.</p> <p>Cristina</p> <p>O JP foi visto no Pediatria (sua opção pessoal) e depois teve que passar pelo fisiatra para fazer tratamento na clínica (...) não deu nenhuma indicação adicional.</p> <p>José</p> <p>Fui à Cuf Descobertas (consulta com o Pediatria) e a informação foi para ir directamente a esta clínica. A FRI terá sido uma sugestão visto que não estava resultar só com a medicação</p> <p>Pedro</p>		
------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>PISTAS PARA A ACÇÃO (Cont2.)</p>			<p><i>Na parte dos resultados ela indicou-me que a fisioterapeuta tinha bons resultados pelo feed-back que tinha pela parte dos pais. Falou em 2/3 sessões e depois auscultar para ver se seria necessário mais.</i></p> <p><i>Carla</i></p> <p><i>Não consultei internet (...) Eu nem sequer considerei um risco, ou uma necessidade de procurar o que é que era. Eu confio na pediatra do meu filho! Se ela indicou é porque deve ser isto! OK, então vamos lá! Nem sequer pensei em nada!</i></p> <p><i>Pedro.</i></p> <p><i>Mas, não fiz nenhum tipo de pesquisa.</i></p> <p><i>Cristina</i></p> <p><i>Eu tive muita informação por parte das minhas cunhadas! Por isso, não preciso de internet para nada! (...). E, a minha cunhada disse se ela não chorou e não esperneou aquilo não funcionou!</i></p> <p><i>Carla</i></p>		
-------------------------------------	--	--	---	--	--

<p style="text-align: center;"><i>EXPECTATIVAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO</i></p>	<p style="text-align: center;">✓ <i>Expectativas iniciais vs 1º contacto com a FRI</i></p>	<p><i>E, eu acho que é essa mentalidade ou conotação negativa que eu acho que a ginástica respiratória tem. E, para que faz a primeira vez vai sempre com aquela expectativa: que é que vão fazer ao meu filho, mas depois acaba por perceber, que não é bem assim. E, que faz bem ao bebé</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Susana</i></p>	<p><i>Não influenciou, porque mesmo tendo uma ideia não tão boa, não tendo uma ideia positiva, independentemente de ser uma coisa difícil ou não ou com alguma carga negativa o importante era fazê-la mesmo que isso custasse, o peso que pudesse ter de negativo não pesou na decisão de fazer fisioterapia de maneira nenhuma.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Susana</i></p>	<p><i>Não esperava nada (...)Eu não tinha mesmo ideia. Já tinha ouvido falar (...) o que pensava da FRI não influenciou em nada! (...) Quando nós temos os bebés assim, a médica diz vai e nós vamos. Não, é?</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cristina</i></p> <p><i>Nunca tinha ouvido falar neste tipo de fisioterapia! Confesso! Foi também aconselhado pela médica que o segue (...) Já estava a tomar medicação, era um episódio recorrente (...) nós quando estamos com um filho com bronquiolite vemo-lo tão aflito que queremos é fazer o que for necessário para ele melhorar. (...) Mas uma vez que existe e é recomendável vamos! Nem sequer pensei 2 vezes.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Pedro</i></p> <p><i>Eu desconhecia a técnica e este tratamento. Foi aconselhado pela médica. Ele já tinha tomado antibiótico, vários medicamentos e, de facto não estava a resultar. Então aconselhou a fazer esta terapia.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>José Lourenço</i></p> <p><i>No meu caso também foi a pediatra, embora já tivesse experiência anterior com outro filho. Mas, não me passou pela cabeça. Achava-a demasiado pequena para aquilo, não sei...! (...) A informação que eu tinha não me levava a tirar nenhuma conclusão tinha mesmo que ver (...) [Discurso das minhas cunhadas] “Isso não serve de nada. Vê lá se é necessário?”</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Carla</i></p>		
---	--	--	---	--	--	--

<p>EXPECTATIVAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO</p>	<p>✓ Benefícios percebidos com a FRI e, se estes superam as barreiras.</p>	<p>Os resultados, as melhoras rápidas...influenciaram na decisão por intervenções seguintes (...) Na primeira vez que fez, notámos logo uma grande melhora, logo iríamos recorrer mais facilmente quando precisássemos. Da próxima vez.</p> <p>Rui</p> <p>o bebé acaba por ficar muito mais calmo e, nós sabermos que a ginástica tem mesmo um efeito muito rápido, o resultado é muito rápido e vêem-se melhoras muito rápidas. Enquanto, se começamos com antibióticos ou celestone, ou aerossóis o processo de melhora é muito mais lento. Enquanto com a ginástica respiratória o efeito é mais rápido, resultado esperado é mais rápido de se atingir.</p> <p>Susana</p> <p>Nós quando recorremos a primeira vez, ela ficou melhor, nós voltámos à vida normal e um tempinho depois ela voltou a precisar. E, aí não contactámos nem a pediatra, fomos directamente à fisioterapeuta. Porque sentíamos que não valia a pena deixar o quadro piorar, para depois fazer o tratamento. Mais, como uma prevenção!</p> <p>Vanessa</p>	<p>Se ele precisasse de novo eu recorreria de novo. E, não tenho nenhuma imagem negativa da fisioterapia. De maneira nenhuma!</p> <p>Margarida</p> <p>Se precisar novamente, sem dúvida alguma que recorro. E, recomendo. Dependendo das situações, obviamente. Mas acho que em muitas situações é o melhor tratamento, realmente.</p> <p>Susana</p>	<p>Fiquei agradavelmente satisfeita com os resultados (...) senti que era eficaz (...) Foi maravilhoso, com o meu! Ela mexia, fazia assim e tirava com soro...</p> <p>Cristina</p> <p>Esse é o objectivo, resulta!</p> <p>Pedro</p> <p>A reacção dele: ele melhorou logo bastante</p> <p>José</p>		
--	--	---	--	---	--	--

<p>EXPECTATIVAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO</p>	<p>✓ Experiência da FRI vs Recurso à FRI em episódios/filhos posteriores</p>			<p><i>Depois, nunca mais precisou (...) No meu caso porque não voltei. Mas, se tiver que voltar, voltarei com certeza!</i></p> <p>Pedro</p> <p><i>Fiquei agradavelmente satisfeita. E, tanto que noutros episódios a seguir recorri mesmo antes da Pediatra sugerir, ou apenas com consulta telefónica a perguntar o que achava dessa situação [FRI].</i></p> <p>Cristina</p> <p><i>Mas, foi porque tive uma experiência positiva, porque poderia dar o contrário. Se não tivesse gostado da fisioterapeuta. Se não tivesse sentido de forma positiva tudo o que a primeira fisioterapeuta fez, poderia não voltar.</i></p> <p>Cristina</p> <p><i>Isso do gostar, não está somente relacionado com os resultados mas também com o terapeuta. Sem dúvida é um tratamento muito pessoal, não é? Não é um trabalho de secretária.</i></p> <p>Cristina</p> <p><i>Sim, noutro episódio e num segundo filho. A intervenção é pura não é ...com mais nada!</i></p> <p>Carla</p> <p><i>A adesão foi instantânea (...) melhorou logo bastante. Tanto que depois fez logo passado uns tempos outras sessões.</i></p> <p>José</p>		
--	--	--	--	--	--	--

EXPECTATIVAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO	✓	Conhecimento e empowerment vs alteração de práticas/pro-actividade	<p><i>E um tempinho depois ela voltou a precisar. E, aí não contactámos nem a pediatra, fomos directamente à fisioterapeuta. Porque sentíamos que não valia a pena deixar o quadro piorar. Mais, como uma prevenção!</i> Vanessa</p> <p><i>De momento, a minha mulher em termos de pó está sempre mais atenta. Sempre a limpar mais o quarto deles. Nota-se que há uma atenção diferente</i> Rui</p> <p><i>Eu sinto que o que eu aprendi também eram algumas coisas como, por exemplo: Nós usávamos o soro de forma errada e foi na fisioterapia que nós aprendemos que na verdade você coloca o soro com a criança direita E, eu colocava com ela deitada (...) aprendi que a gente devia dar tanto mais líquidos, quanto mais apanhada e, a utilizar o soro mais frequentemente do que aquilo que eu usava. Então...tem a ver com essa profilaxia, que se pode fazer dentro de casa e que eu ia lá e aprendia muito mais coisas)</i> Vanessa</p>	<p><i>Nós continuamos a fazer soro. Ele tem muitas vezes o nariz entupido e eu ponho imenso.</i> Margarida</p> <p><i>Eu passei a por o soro de forma diferente, após a fisioterapia: fazia com ela deitada e comecei a fazer com ela sentada</i> Susana</p>	<p><i>Eu acho que nós mães sabemos sempre, quase sempre, o que é melhor para os nossos filhos!</i> Cristina</p> <p><i>No meu caso senti que era eficaz, tanto que quando não consegui falar com o médico eu mesma fui procurar o fisioterapeuta que acabou por fazer. (...) A terapeuta levantou a questão de não ter prescrição médica... Telefonei para a médica ali no local e ela atendeu-me e disse: faz muito bem! E, a terapeuta teve via telefone a confirmação da prescrição!</i> Cristina</p> <p><i>E, agora eu penso que irei por mim própria, vou mesmo sem a Pediatra dizer, eu agora já sou capaz de o fazer!</i> Carla</p> <p><i>Notámos que foi uma mudança radical (sem tomar químicos) e das outras vezes que fez fomos já nós que pedimos à Pediatra FRI.</i> JoséA</p> <p><i>Pediatra deu-me essas explicações todas: Levantamento da cabeça; o banhinho (aconselhou a ambientá-lo, um ambiente húmido no banho), algumas gotas de soro .... E, como estava a dar de mamar, não referiu a necessidade de dar água.</i> Cristina</p> <p><i>A minha médica fala sempre de tudo o que é seguro e o que se deve evitar (...) Falou na necessidade de lavar a fralda e o peluche com que dorme, todas as semanas e, evitar ter livros no quarto, evitar ter tapetes.</i> Carla</p>	<p><i>“Eu fui pedir apoio ao Fisioterapeuta para saber se ele via aquilo que eu via [para esclarecer significado/gravidade de alguns sinais clínicos], antes de se fazer os RX. (...) a minha não tinha muita tosse, não tinha propriamente dificuldade em respirar visível. Acontecia que à noite ela não dormia e queixava-se de uma dor no lado esquerdo!” (Sandra)</i></p>	<p><i>Eu notava muito (ou a minha perspectiva), era que muitas das vezes não estava o suficientemente mal para eu achar que valesse a pena ir para medicamentos (não é?!), mas também não estava completamente bem para ter um sono tranquilo, e para comer bem, ... estar bem. Portanto a fisioterapia era uma forma de ele melhorar sem recorrer a medicamentos, que é uma coisa que eu gosto sempre de evitar...</i> Mila</p> <p><i>Eu sempre que recorri a fisioterapeutas (e foram variados), sempre deram conselhos, em termos de procedimentos.</i> Carmen</p> <p><i>Líquidos...</i> Fernanda</p> <p><i>Líquidos, beber água...fazer isto, fazer aquilo. Sei, lá! E, às vezes inclusive alguma técnica de se fazer, coisas simples, não é?! Que em casa também se podem fazer.</i> Carmen</p> <p><i>A minha filha Ana (que te viu fazer à pequenina) depois também fazia (...) e resultava de facto.</i> Carla</p>
-------------------------------------	---	--	--	---	---	--	---

<p>EXPECTATIVAS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO</p>	<p>4. Conhecimento e empowerment vs alteração de práticas/ pro-actividade (Cont.)</p>	<p><i>Lembro-me curiosamente da questão da água quente e, lembro-me de no ano passado cada vez que havia qualquer coisa desse género eu dava água quente, porque na altura, lembro-me que a fisioterapeuta disse que ajudava a que soltasse a expectoração.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Vanessa</i></p> <p><i>Eu acho que a frequência com que utilizamos o soro pode ajudar (digo eu) a impedir algumas situações mais extremas. Se calhar antes usava muito menos o soro e agora já sei que é uma forma de poder evitar a que se chegue a um caso tão extremo ou a uma situação tão extrema!</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Susana</i></p> <p><i>Há sempre um cuidado mais atento, é lógico. Sabemos que eles já têm um pequeno problema, não é? Nós estamos sempre mais atentos, não é? Assim que se vê uma tosse, pensamos será que vai haver mais alguma coisa?</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Rui</i></p>		<p><i>[Aplicar o soro] Até me deu uma seringa, explicou-me como haveria de fazer (...) e limpar lá atrás com um lenço de papel (...) Tenho memória e faço.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cristina</i></p> <p><i>Já usava soro fisiológico. Mas, agora, após indicação da FT uso mais: com mais frequência e em mais quantidade (...) sempre que eles estão com ranhoca (...) Utilizo sempre unidoses(...) Banho com sal e ambientes húmidos (...) Dar muita água quando eles estão constipados é o melhor de tudo!</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Cristina</i></p> <p><i>Nós lá em casa já usávamos muito o soro fisiológico, porque já um médico meu me disse que até nós devíamos usar muito. É uma coisa que limpa que não faz mal nenhum (...) Já tínhamos a cama inclinada com uns livros lá trás...</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Pedro</i></p> <p><i>Nós lá em casa, passámos a fazer umas sessões muito caseiras (...) implementámos a massagem com recurso a uma máquina que faz vibração, que eu adaptei com uma almofadinha de acordo com indicação da fisioterapeuta. Deitava-os de barriga para baixo e depois colocava nas costas para soltar a expectoração (...) e umas pancadinhas secas.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Carla</i></p> <p><i>Eu ainda estou a dar a mama (10 meses) que mantenho como forma de melhorar as defesas. Porque eu intuitivamente acho que fica melhor. A médica não está tão de acordo como isso, mas eu acho que faz bem. A verdade é que ela desentope o nariz. (...) Ela é muito esquisita para beber leite e outras coisas (...) É um aconchego! [suplemento]</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Carla</i></p> <p><i>Por exemplo a limpeza dos peluches nós já tínhamos essa experiência...</i></p> <p style="text-align: right;"><i>José</i></p>		<p><i>Quando são miúdos que têm problemas respiratórios, que era o caso do meu mais velho, fazer continuamente ou pelo menos ao longo do tempo, era mais benéfico pelo facto de não juntar tanta expectoração e fazer tanta bronquiolite, do que muitas vezes só fazer uma sessão ou duas.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Fernanda</i></p>
--	---	--	--	--	--	--



## APÊNDICE 10 - Caracterização do perfil dos participantes

Será apresentada uma caracterização geral dos grupos focais e posteriormente uma caracterização socioeconómica dos pais por grupo de discussão. Participaram no estudo 18 pais, distribuídos por 5 grupos focais: Grupo 0, 1, 2, 3,4.

### 1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS GRUPOS FOCALIS

Como já foi referido a colheita de dados engloba 2 períodos de tempo distintos: 5 casos ocorridos entre 1997 e 2005 (grupo piloto) e 13 casos durante a época sazonal 2010/11, num total de 18 participantes. Irão ser analisadas as variáveis: modelo de tratamento, caracterização da criança, clínica inicial, clínica final, evolução da condição clínica e caracterização socioeconómica dos pais.

#### Modelo de tratamento - Regime e subsistema

REGIME	AMBULATÓRIO PRIVADO	DOMICILIÁRIO <sup>12</sup>	AMBULATÓRIO HOSPITALAR	AMBULATÓRIO PRIVADO + DOMICILIÁRIO	INTERNAMENTO PÚBLICO + AMBULATÓRIO HOSPITALAR	AMBULATÓRIO PRIVADO + DOMICILIÁRIO + AMBULATÓRIO C/ACORDO COM SNS + INTERNAMENTO PÚBLICO
TOTAL (N=18)	7	6	2	1	1	1

Tabela 1 - Caracterização do regime de tratamento.

Os tratamentos de FRI dos grupos focais foram efectuados tanto em regimes do tipo ambulatório privado, domiciliário e internamento hospitalar, como também em regime misto. Os casos referidos como mistos foram de 3 tipos: 1) FRI em regime ambulatório privado e domiciliário; 2) FRI em internamento público, seguida de ambulatório hospitalar; 3) FRI em regime ambulatório privado, posteriormente domiciliário, seguida de ambulatório com acordo com SNS e, em Internamento Público. (Tabela 1).

A análise dos resultados indica que a maior parte das crianças deste estudo, realizaram FRI exclusivamente em regime privado: *Ambulatório Privado* e

---

<sup>12</sup> Regime domiciliário - Foi realizado sempre como privado.

*Domiciliário*, num total de aproximadamente 78% (Gráfico 1). A forma de comparticipação mais utilizada foi um seguro de saúde, seguida pelo SNS e ADSE. Em 2 casos recorreu-se a dois tipos de comparticipação: Seguro de Saúde (acordo com a unidade de saúde de ambulatório privado) e Privado ou *out of pocket* (porque o Seguro de Saúde não cobria tratamentos no domicílio) (Gráfico 2).

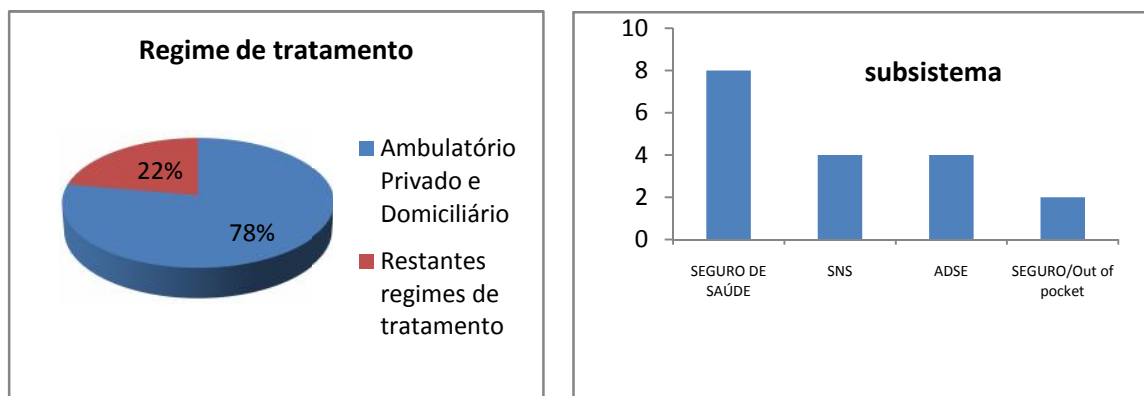


Gráfico 1- Comparação entre o número de participantes que fizeram fisioterapia em regime exclusivamente privado e os restantes.

Gráfico 2 - Distribuição dos pais por subsistema de comparticipação dos tratamentos.

### Caracterização das crianças

Dado que os casos em estudo resultam de um binómio pai ou mãe e criança doente, julgou-se importante a caracterização de algumas variáveis da criança: idade à data do tratamento, o género, a paridade e o diagnóstico clínico.

Quando recorreram à FRI as crianças tinham idades compreendidas entre 1 e os 72 meses (6 anos) (Gráfico 3), numa proporção de 1 rapaz para 1 rapariga (Gráfico 4); sendo que a maior parte era 2.º filho (Gráfico 5).

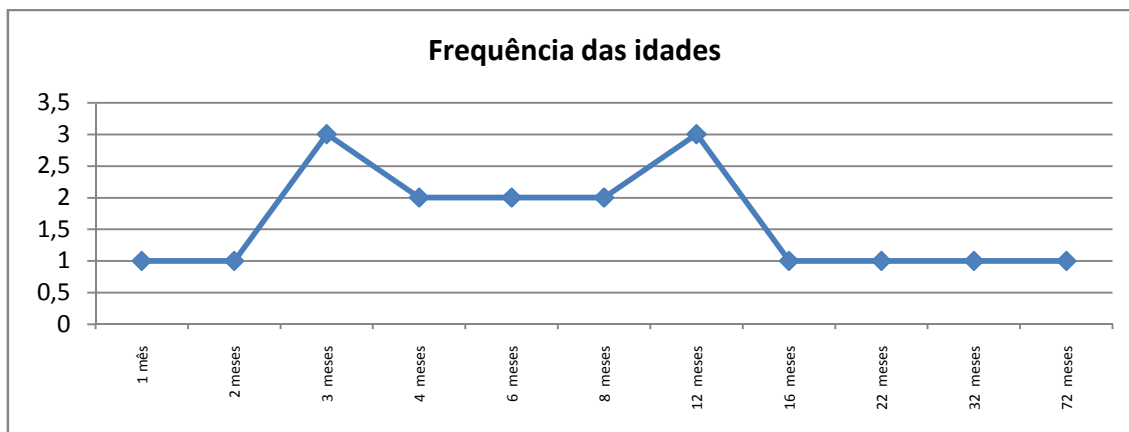


Gráfico 3 - Caracterização da idade das crianças em meses.

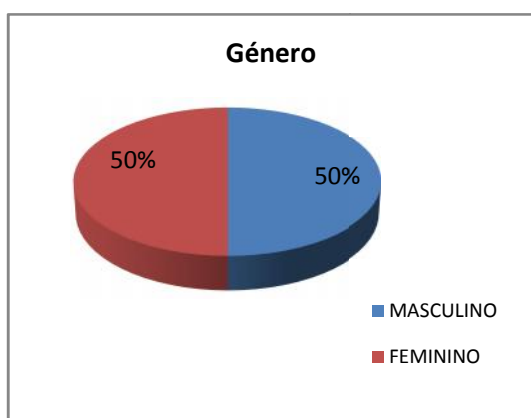


Gráfico 4 - Caracterização do gênero das crianças.

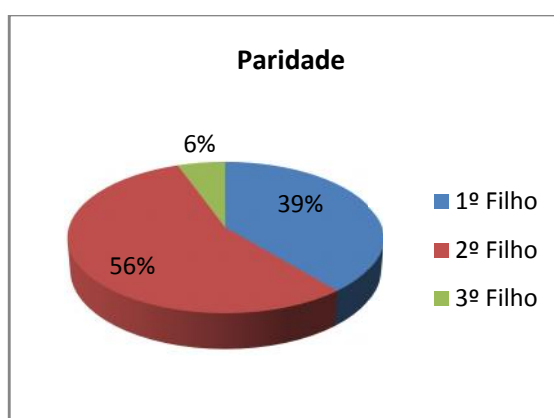


Gráfico 5 - Caracterização da paridade das crianças.

Os episódios de patologia respiratória aguda eram na sua maioria bronquiolites, seguidos de pneumonia. Surgiu ainda um caso de atelectasia e outro caso com episódios de infecção aguda de repetição, mais tarde diagnosticado como asma (Gráfico 6).

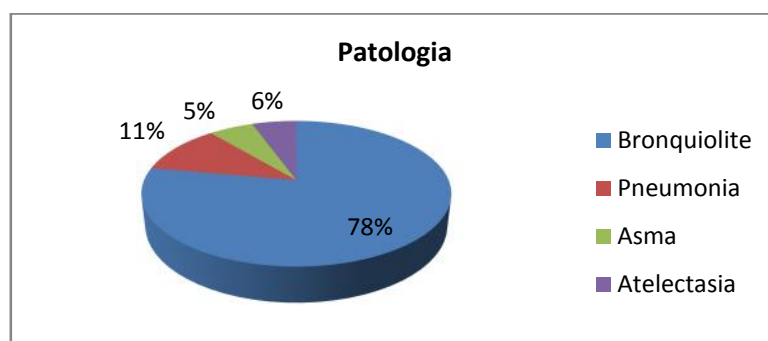


Gráfico 6 - Caracterização da incidência das patologias respiratórias agudas nas crianças em estudo.

## Caracterização da clínica inicial

### 2.1. Data de início do episódio e gravidade inicial

Os episódios tiveram início em Outubro e estenderam-se até Junho. Mas, a sua distribuição ao longo do ano teve um pico nos meses de Dezembro e Janeiro. Não surgiu nenhum caso referente ao mês de Abril. Em Maio temos um caso isolado de pneumonia num menino de 6 anos, que se destaca também na distribuição das idades (Gráfico 8).

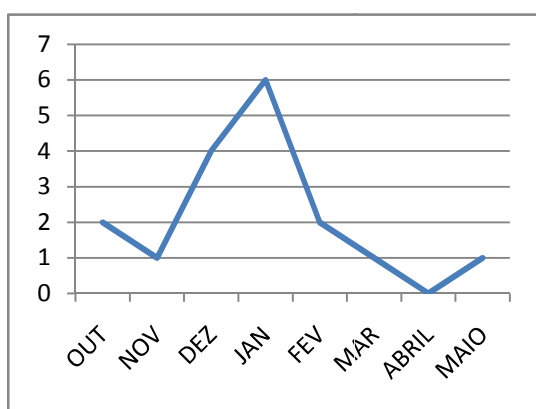


Gráfico 8 - Distribuição de frequências ao longo do ano, da data de início do episódio.

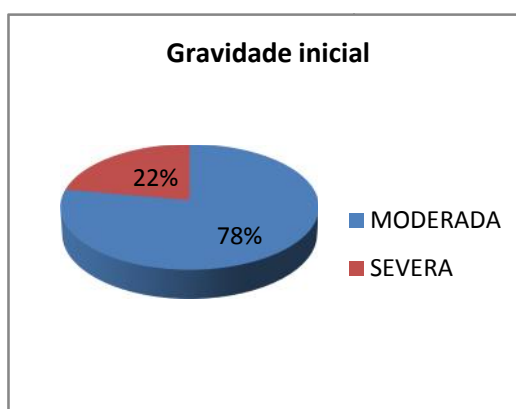


Gráfico 7 - Caracterização da gravidade dos episódios à data de início do tratamento.

A gravidade destes casos foi avaliada (Rudan *et al.*, 2004: 897) como moderada em 78% dos casos e severa em 22 %, o que pode ser consultado no gráfico 7

## Caracterização da clínica final

### 2.2. Data de conclusão do episódio e número de sessões efectuadas

Os tratamentos de fisioterapia respiratória infantil prolongaram-se de uma forma continuada até ao mês de Março. No entanto, há um caso menos comum de pneumonia com início em Maio e conclusão em Junho (Tabela 2).

CONCLUSÃO DO EPISÓDIO	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN
N.º DE CASOS	1	2	4	6	2	2	0	0	1

Tabela 2 - Frequência de altas por mês.

O número de sessões variou entre um mínimo de 1 e um máximo de 9, no entanto existe um caso de asma em que a mãe refere que foi feita FRI dos 3 meses aos 3 anos (Tabela 3).

	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	C 7	C 8	C 9	C 10	C 11	C 12	C 13	C 14	C 15	C 16	C 17	Caso 18
Nº Sessões	1	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	5	6	7	8	8	9	Até 3 anos

Tabela 3 - Número de sessões de FRI efectuadas por cada caso.

A média é de 5 sessões. O número de sessões que aparece referido mais frequentemente é 3 sessões, sendo que o valor mediano é 4 sessões (Tabela 4).

TOTAL DE CASOS	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
17	4,35	3	4	1	9

Tabela 4 - Medidas de tendência central e amplitude, referentes à caracterização do número total de sessões de FRI do grupo focal.

### 2.3. Gravidade

A gravidade destes casos no final do tratamento era na quase totalidade dos casos (82%) ligeira. Os restantes (3 casos) não apresentavam nenhum dos indicadores de doença e, por isso o quadro clínico foi considerado normal (Gráfico 9). O caso com episódios de repetição evoluiu para asma (patologia crónica).



Gráfico 9 - Caracterização da gravidade dos episódios à data de conclusão do tratamento de fisioterapia respiratória (n = 17).

### Caracterização da evolução da condição clínica

Gra vida de	Cas o1	Cas o2	Cas o3	Cas o4	Cas o5	Cas o6	Cas o7	Cas o8	Cas o9	Cas o10	Cas o11	Cas o12	Cas o13	Cas o14	Cas o15	Cas o16	Cas o17	Cas o18
<b>INICIAL</b>	MOD ERAD A	SEVE RA	SEVE RA	MOD ERAD A	MOD ERAD A	SEVE RA	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	MOD ERAD A	SEVE RA	MOD ERAD A	MOD ERAD A
<b>FINAL</b>	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	NOR MAL	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	LIGEI RA	NOR MAL	LIGEI RA	NOR MAL	LIGEI RA	CRÓ NICA	LIGEI RA	LIGEI RA

Tabela 5 - Evolução da Condição Clínica.

A evolução clínica foi em todos os casos no sentido da melhoria evoluindo para um nível de gravidade entre ligeiro e normal, após um total de tratamentos entre 1 e 9 sessões, à excepção de um caso cuja repetição de episódios se arrastou durante 3 anos evoluindo para asma. 3 casos no final do tratamento não apresentavam sinais ou sintomas de doença. A tosse com expectoração foi o principal motivo pela não atribuição de um estado normal. 100 % regressaram às actividades normais no final do tratamento. Em alguns casos a toma de medicação prolongou-se para além da necessidade de fazer fisioterapia respiratória

#### 2.4.Critério de alta

CRITÉRIO DE ALTA								
INDICAÇÃO FISIOTERAPEU TA	INDICAÇÃO DO PEDIATRA	FIM SESSÕES PRESCRITAS PEDIATRA	FIM SESSÕES PRESCRITAS FISIATRA	FIM SESSÕES PRESCRITAS MÉDICO URGÊNCIA	INDISPONIBIL IDADE PAIS	TRATAMENTO INEFICAZ	SEGURO DE SAÚDE NÃO COMPARTICIP A	OUTRA.
7	5	5	4	1	0	0	0	0

Tabela 6 - Critérios de alta.

Considerando que a variável *critério de alta* poderia assumir todos os valores, a *indicação do fisioterapeuta* foi o *critério de alta*, mais referido, seguido de *indicação do pediatra* e *fim de sessões prescritas pelo pediatra*. Nenhum dos pais suspendeu a fisioterapia por motivo de falta de tempo, insatisfação com os resultados ou por razões económicas (Tabela 6).

## Caracterização socioeconómica dos pais

### 2.5. Género e idade

Idade dos pais	Frequência	%
25 - 29	5	28%
30 - 34	6	33%
35 - 39	4	22%
40 - 44	3	17%

A maioria dos participantes no grupo focal era do género feminino - mães (83%) (Gráfico 10), com idades compreendidas entre os 27 e os 44 anos, sendo que a maior percentagem (33%) está na faixa dos 30-34 anos (Tabela 7 e Gráfico 11).

Tabela 7 - Caracterização do número dos pais por grupo etário

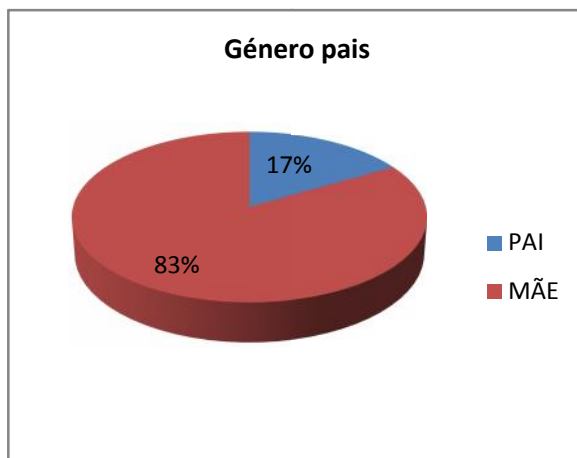


Gráfico 10 - Caracterização do género dos pais do grupo focal

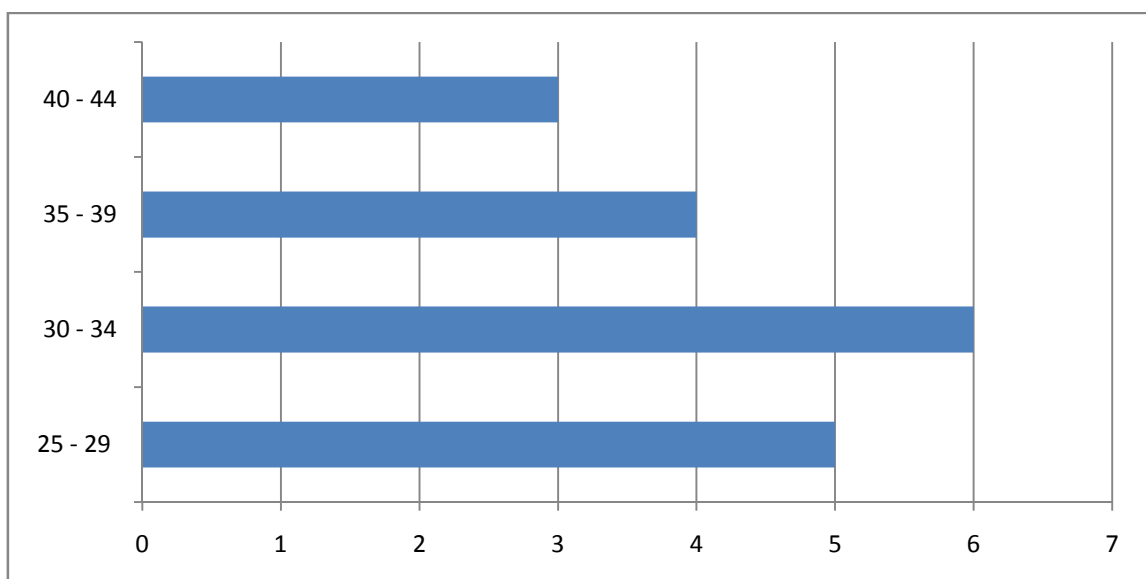


Gráfico 11 - Caracterização da idade dos pais dos grupos focais segundo grupos etários.

## 2.6. Número de filhos, profissão e habilitações académicas

O número de filhos variou entre 1 e 5 filhos (Gráfico 12), sendo 2 filhos a situação mais habitual. A maioria trabalhava no âmbito da saúde (61%), mas o número de pais a trabalhar no âmbito da saúde é superior a 1/3 (Gráfico 13).

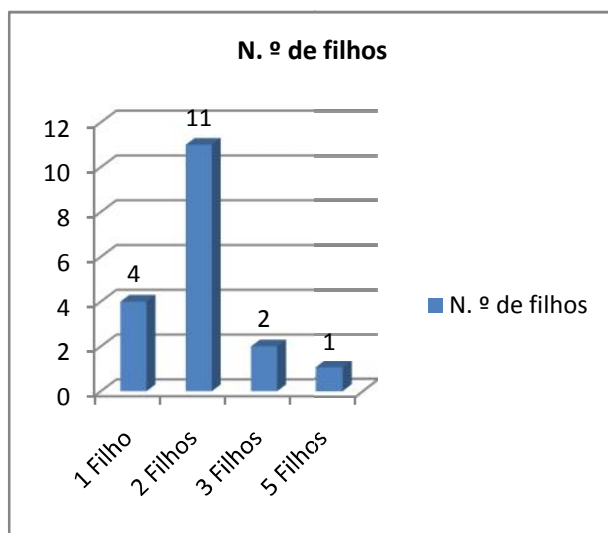


Gráfico 12 - Caracterização do número de filhos

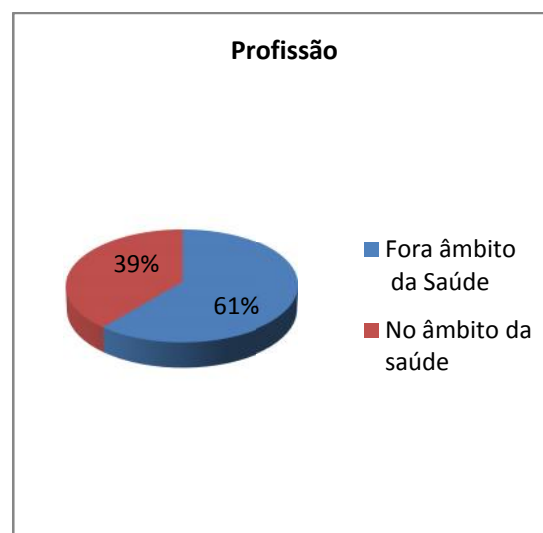


Gráfico 13 - Caracterização da profissão.

São pais com formação académica na sua maioria, com grau igual ou superior a licenciatura. Sendo que o nível de habilitações mais baixo é 2º ciclo e corresponde apenas a um caso (Gráfico 14).

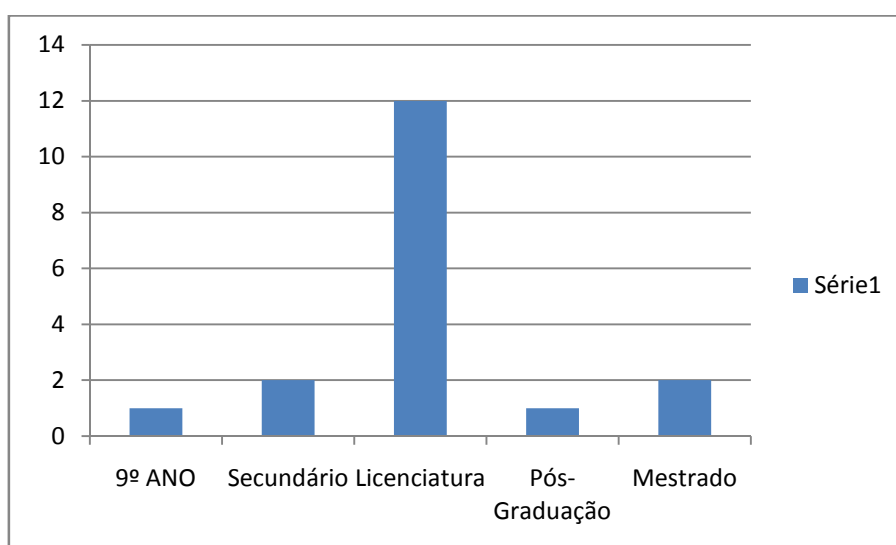


Gráfico 14 - Caracterização da Formação Académica.



## CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA DOS PAIS

(Por grupo focal)

### 2.7. GRUPO PILOTO (Grupo 0)

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS PAIS				
GÉNERO	IDADE	N.º FILHOS	PROFISSÃO	HAB. ACADÉMICAS
FEM	36	2	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
FEM	30	3	No âmbito da saúde	Licenciatura
FEM	30	2	No âmbito da saúde	Licenciatura
FEM	30	2	No âmbito da saúde	Mestrado
FEM	27	5	No âmbito da saúde	Licenciatura

Tabela 8- Caracterização dos participantes do Grupo Piloto

As participantes do *grupo piloto* foram 5, apenas mães; com idades compreendidas entre os 27 e os 36 anos; quase todas licenciadas (o caso de exceção tinha como habilitações mestrado), cujo número de filhos variou entre 2 e 5, sendo 2 filhos o mais frequente. Apenas uma não trabalhava no âmbito da saúde, mas curiosamente, destas, nenhuma exercia prática clínica, ou mesmo na área infantil (Tabela 9).

### 2.8. GRUPO 1

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS PAIS				
GÉNERO	IDADE	N.º FILHOS	PROFISSÃO	HAB. ACADÉMICAS
F	37	2	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
M	29	2	Fora âmbito da Saúde	9º ANO
F	31	2	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
F	34	1	No âmbito da saúde	Mestrado

Tabela 9 - Caracterização dos participantes do Grupo 1.

Os participantes do *grupo 1* foram 4 (3 mães e 1 pai), com idades compreendidas entre os 29 e os 37 anos e, com habilitações entre o 9.º ano e mestrado. O número de filhos foi na generalidade de 2 filhos, com exceção de um caso com um filho. Apenas uma trabalhava no âmbito da saúde (Tabela 9).

### 2.9. GRUPO 2

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS PAIS				
GÉNERO	IDADE	N.º FILHOS	PROFISSÃO	HAB. ACADÉMICAS
F	44	2	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
F	29	2	No âmbito da saúde	Licenciatura

Tabela 10 - Caracterização dos participantes do Grupo 2.

As participantes do *grupo 2* foram apenas 2 mães; com idades compreendidas entre os 29 e os 44 anos; todas licenciadas, cada uma com 2 filhos. Uma exercia no âmbito da saúde e a outra fora do âmbito da saúde (Tabela 10).

### 2.10. GRUPO 3

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS PAIS				
GÉNERO	IDADE	N.º FILHOS	PROFISSÃO	HAB. ACADÉMICAS
F	42	3	Fora do âmbito da Saúde	Secundário
M	38	2	Fora âmbito da Saúde	Pós- Graduação
M	39	1	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
F	40	2	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura

Tabela 11 - Caracterização dos participantes do Grupo 3.

Os participantes do *grupo 3* foram 4, 2 mães e 2 pais; com idades compreendidas entre os 38 e os 42 anos; com habilitações académicas que variavam desde o ensino secundário até à pós-graduação. O número de filhos variou entre 3 e 1. Todos exerciam fora do âmbito da saúde (Tabela 4).

### 2.11. GRUPO 4

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DOS PAIS				
GÉNERO	IDADE	N.º FILHOS	PROFISSÃO	HAB. ACADÉMICAS
F	27	1	Fora âmbito da Saúde	Licenciatura
F	34	2	No âmbito da saúde	Licenciatura
F	28	1	Fora âmbito da Saúde	Secundário

Tabela 12 - Caracterização dos participantes do Grupo 4.

As participantes do *grupo 4* foram 3 e, apenas mães; com idades compreendidas entre os 27 e os 34 anos; 2 licenciadas e uma com o ensino secundário completo. O número de filhos variou entre 1 e 2. Somente uma trabalhava no âmbito da saúde (Tabela 12).

## **ANEXOS**

## ANEXO 1- Padrões de Prática em Fisioterapia

### *Recolha de Dados e Ciclo de intervenção*

**Recolha de Dados** - Tendo como referência o documento “Padrões de Prática” destacam-se: **Padrão 4)** *No sentido de proporcionar um cuidado efectivo, deve identificar-se toda a informação relacionada com as opções de intervenção, tendo por base a melhor evidência disponível;* **Padrão 5)** *Deve ser recolhida informação relacionada com o utente ou relacionada com o seu problema actual;* **Padrão 6)** *Deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da condição de saúde do utente.*

**Ciclo de intervenção** - De acordo com o documento “Padrões de Prática” salientam-se os padrões que se referem ao planeamento da intervenção, implementação, avaliação contínua e alta: **Padrão 7)** *O plano de intervenção é feito em função da recolha de dados e análise da informação;* **Padrão 8)** *O plano de intervenção é formulado em parceria com o utente;* **Padrão 9)** *O plano de intervenção é executado de forma a beneficiar o utente;* **Padrão 10)** *O plano de intervenção é avaliado de forma contínua para garantir a sua efectividade e relevância face às alterações do utente e do seu estado de saúde. (Amado et al., 2005).*

## ANEXO 2 - Listagem de indicadores de resultados

(Revisão da Literatura)

ASMA:

- ✓ Asthma knowledge scores in children;
- ✓ Asthma exacerbation/ in children (risk ratio for hospitalizations);
- ✓ Asthma control;
- ✓ Número de cuidados médicos.

1 - Bailey *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2009)

- ✓ Taxa de agudização (recursos a corticóides; cuidados médicos);
- ✓ Absentismo escolar;
- ✓ Função pulmonar;
- ✓ *Score* de sintomas;
- ✓ Qualidade de vida;
- ✓ Alta.

2 - Bhogal *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2006)

- ✓ Adesão à medicação;
- ✓ Hospitalização;
- ✓ Atendimento em serviços de urgência;
- ✓ Uso de corticosteróides orais;
- ✓ A função pulmonar;
- ✓ Os dias perdidos de escola ou trabalho;
- ✓ Visitas não programadas ao médico;
- ✓ Infecções do trato respiratório.

3 - Toelle e Ram, Cochrane Database of Systematic Reviews (2004)

Medidas de fluxo de ar;  
Escala de auto-eficácia;  
Ausência escolar - discreta redução dos dias de ausência escolar  
Limitação das actividades diárias  
Recurso à urgência/utilização cuidados de saúde  
N.º de noites perturbadas por asma  
Qualidade de vida.  
Morbilidade e estado funcional

4 - Wolf *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2002)

## FIBROSE CÍSTICA:

- ✓ Forced expiratory volume in one second
- ✓ Volume/ peso expectoração
- ✓ Satisfação dos participantes.

5 - Morrison e Agnew, Cochrane Database of Systematic Reviews (2009)

- ✓ Efeitos na função respiratória
- ✓ Preferência individual - Houve uma tendência para que os participantes preferem técnicas de desobstrução das vias aéreas auto-administrado.
- ✓ Adesão
- ✓ Qualidade de vida
- ✓ Outros outcomes

6- Main et al, Cochrane Database of Systematic Reviews (2005)

- ✓ A maior quantidade de secreções expectoradas durante a fisioterapia respiratória em comparação com um período de controlo
- ✓ Variáveis da função pulmonar após a intervenção
- ✓ *clearance* por marcador radioactivo

7 - van der Schans *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2000)

- ✓ Qualidade de vida relacionada com a saúde
- ✓ Medidas de tolerância ao exercício
- ✓ Medida padrão de classificação do estado clínico dos participantes

8 - Houston et al, Cochrane Database of Systematic Reviews (2008)

- ✓ Volume expiratório forçado no 1º segundo.
- ✓ Capacidade vital forçada.
- ✓ Força muscular inspiratória.

9 - Reid et al, Clinical Rehabilitation 2008 Oct-Nov;22(10-11):1003-1013)

## BRONQUIOLITE

- ✓ O *outcome* primário: a gravidade clínica.
- ✓ Os *outcomes* secundários: tempo de internamento hospitalar, duração do suplemento de oxigénio, e o uso de broncodilatadores e corticóides

10 - (Perrotta *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007)

- ✓ Clinical score,
- ✓ Duration of hospital stay,
- ✓ Requirement for oxygen,
- ✓ Nasogastric feeding.

11 - (Nicholas *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 1999)

- ✓ Saturação de oxigénio arterial,
- ✓ Índice de oxigenação
- ✓ Sincronia tóraco-abdominal.

12 - Gillies et Wells, Cochrane Database of Systematic Reviews (2005)

- ✓ Sem referência a Outcomes/evidência

13- Spence et al, Cochrane Database of Systematic Reviews (2003)

- ✓ Reintubação
- ✓ N. ° atelectasias pós-extubação

14 - Flenady e Gray, Cochrane Database of Systematic Reviews (2002)

- ✓ Atelectasias não resolvidas
- ✓ *Clearance* de secreção
- ✓ Taxa de hemorragia intraventricular ou leucomalácia periventricular
- ✓ Incidência de hipoxemia
- ✓ Necessidades de oxigénio

15 - Hough *et al*, Cochrane Database of Systematic Reviews (2008)





